

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1923-1924 — N° 138

Les Fièvres syphilitiques du Post-partum

Infections puerpérales

et

NOVARSÉNOBENZOL

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 4 Juillet 1924

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Suzanne ORIEZ

née à LYON (Rhône) le 7 Novembre 1896



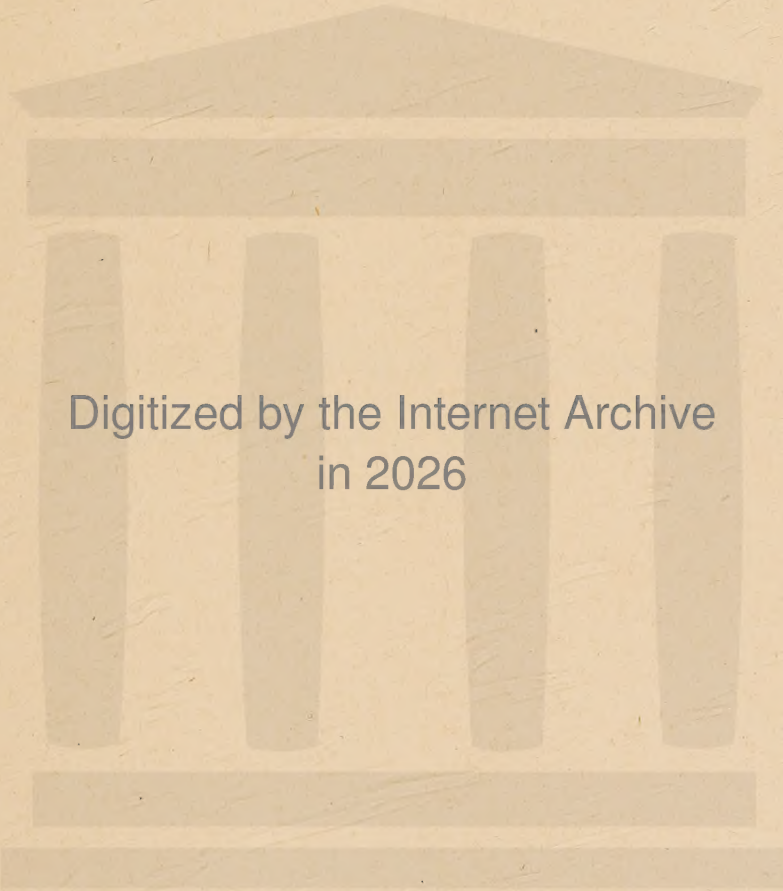
LYON

Imprimerie BOSC FRÈRES & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1924



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553205_0095

LES FIÈVRES SYPHILITIQUES DU POST-PARTUM

INFECTIONS PUERPÉRALES ET NOVARZÉNOBENZOL

Les Fièvres syphilitiques du Post-partum

Infections puerpérales

et

NOVARSÉNOBENZOL

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 4-Juillet 1924

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Suzanne ORIEZ

née à LYON (Rhône) le 7 Novembre 1896



LYON

Imprimerie BOSC FRÈRES & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

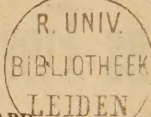
1924

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire..... MM. H. HUGOUNEQ.
Doyen J. LEPINE.
Assesseur ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT, FLORENCE (A.), TEISSIER.



PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. BARRÉ.
Cliniques chirurgicales.....	ROQUE.
	TIXIER.
	BERARD.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	COMMANDEUR.
Clinique ophtalmologique.....	ROLLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	NICOLAS.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des enfants.....	WEILL.
Clinique des maladies des femmes.....	VILLARD.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	LANNOIS.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	ROCHET.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	NOVE-JOSSERAND
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	CLUZET.
Chimie biologique et médicale.....	HUGOUNEQ.
Chimie organique et Toxicologie.....	MOREL.
Matière médicale et Botanique.....	BRETIN.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	GUIART.
Anatomie.....	LATARJET.
Histologie.....	POLICARD.
Physiologie.....	DOYON.
Pathologie interne.....	COLLET.
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	MOURIQUAND.
Anatomie pathologique.....	PAVIOT.
Chirurgie opératoire.....	X.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	ARLOING (F.).
Médecine légale.....	Etienne MARTIN.
Hygiène.....	COURMONT (P.).
Thérapeutique, hydrologie et climatologie.....	PIC.
Pharmacologie.....	X.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	MM. VALLAS.
— — — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — — Chimie minérale.....	BARRAL.
— — — Urologie.....	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique.....	MM. PATEL.
Orthopédie.....	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Chirurgie expérimentale.....	LERICHE.
Stomatologie.....	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	COTTE.	CORDIER (V.).	MAZEL.
THEVENOT Léon.	DUROUX.	ROUBIER.	SANTY.
GARIN.	TRILLAT.	FAVRE.	DUNET.
SAVY.	SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (André).
FROMENT.	FLORENCE (G.).	RHENTER.	CHALIER (Joseph).
THEVENOT (Lucien)	ROCHAIX.	LEULIER.	NOEL.
PIERY.			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. COMMANDEUR, *président* ; NICOLAS, *assesseur* ;
FAVRE et CHALIER A., *agregés*.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ COMMANDEUR

Pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant de présider notre thèse aujourd'hui.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ NICOLAS

Nous nous souvenons avec plaisir que nous avons eu l'honneur d'être son élève et le remercions de la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée.

A MONSIEUR LE DOCTEUR RHENTER

Accoucheur des Hôpitaux

En témoignage de notre reconnaissance pour avoir bien voulu faire partie du jury de notre thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ FAVRE

Qui nous a inspiré cette thèse, y a beaucoup contribué et n'a cessé de nous guider dans l'étude d'une question qui lui est familière. Il nous a toujours témoigné la plus grande sollicitude et nous sommes heureux de l'assurer ici de nos sentiments les plus respectueux.

LES FIÈVRES SYPHILITQUES DU POST-PARTUM

INFECTIONS PUERPÉRALES ET NOVARSÉNOBENZOL

Introduction.

Le sujet actuel de notre thèse n'est pas celui que nous avons primitivement choisi. Nous nous proposons d'étudier une forme particulière de la syphilis ganglionnaire : la forme scrofuloïde trop souvent confondue avec la tuberculose ganglionnaire qu'elle simule d'ailleurs à s'y méprendre.

Nous avons suivi avec grand intérêt une malade atteinte de cette curieuse affection qui évoluait chez elle, accompagnée d'un retentissement profond sur l'état général et de réactions fébriles : toutes manifestations qui devaient céder très rapidement dès que la thérapeutique étiologique eut été instituée.

Au moment même où nous recueillions les matériaux de notre travail, paraissait la thèse de M. Bernheim, consacrée aux réactions ganglionnaires au cours de l'hérédosyphilis tardive. Tous les points que nous nous proposons d'étudier et de discuter y étaient envisagés longuement et complètement traités et dès lors il nous parut superflu de revenir à aussi courte distance sur ce sujet.

Nous avons cependant été très intéressée par tout ce que nous avons vu et lu sur la syphilis fébrile dont nous avons observé les localisations ganglionnaires particulièrement intéressantes, aussi c'est avec un réel plaisir que nous abordons un sujet voisin. C'est encore de syphilis fébrile qu'il s'agit dans notre thèse, mais d'une forme bien peu connue et sur laquelle nous n'avons pu recueillir que peu de documents, nous voulons parler des fièvres syphilitiques que l'on peut observer dans les suites de couches.

Nous apportons deux observations : l'une due à M. Du-jol, accoucheur des Hôpitaux de Saint-Etienne, qui voudra bien trouver ici l'expression de notre très vive gratitude pour l'autorisation qu'il nous a donnée de publier l'intéressante observation recueillie dans son service.

Le deuxième cas est celui d'une malade de la Maternité de la Charité, dont M. Voron a publié l'observation dans le *Journal de Médecine de Lyon*, du 5 mars 1924, en collaboration avec MM. Favre et Grivet.

Ces deux observations posent la question de l'influence que peut exercer l'état puerpéral sur la syphilis ; elles prouvent que les modifications profondes qu'entraînent l'accouchement et la lactation peuvent avoir sur une infection syphilitique latente la même action de réveil et de stimulation que sur une tuberculose jusque-là silencieuse. Dans les deux cas, la disparition de la fièvre par l'emploi du novarsénobenzol a été pour ainsi dire instantanée ; cette action du 914 sur des fièvres du post-partum nous a entraînée à prendre parti dans une question toute nouvelle qui est celle du traitement de la fièvre puerpérale par les arsénobenzènes.

Le novarsénobenzol doit-il être considéré comme un médicament curatif de la fièvre puerpérale ? Doit-on en généraliser l'emploi ? Peut-on attendre de son intervention une action certaine sur l'infection puerpérale ? Ce sont là autant de problèmes que nous devons aborder.

Nous pouvons dès à présent dire que des distinctions s'imposent, que le 914 n'est pas le médicament de la fièvre puerpérale parce qu'il n'existe pas une fièvre puerpérale, mais des fièvres puerpérales, et qu'il se comporte à l'égard de certaines de ces fièvres d'autant plus merveilleusement qu'il ne fait qu'exercer contre elle son pouvoir d'agent tréponémicide. Dans les variétés d'infections qui relèvent d'autres facteurs que le tréponème, l'action du novarsénobenzol, d'après ce que nous avons observé et lu, reste discutable et le médicament ne saurait revendiquer, croyons-nous, le titre d'agent curateur des infections à streptocoques et, en général, des infections microbiennes que l'on peut observer dans les suites de couches.

Ce sont toutes ces questions nouvelle par bien des points que les deux observations que nous avons la bonne fortune de publier vont nous permettre d'étudier.

CHAPITRE PREMIER

Observations.

Nous publierons tout d'abord les deux observations dont l'étude fait l'objet de notre travail et nous les ferons suivre des réflexions qu'elles nous suggèrent.

Au cours des recherches que nous avons entreprises, nous n'avons pas trouvé signalés des faits comparables aux nôtres ou qui, du moins, aient été interprétés avec la signification qui nous paraît s'imposer comme conclusion de l'histoire clinique des deux malades dont nous rapportons l'histoire.

OBSERVATION I

Recueillie dans le service de M. VORON à la Maternité de l'Hôpital de la Charité

DIAGNOSTIC RÉSUMÉ. — *Fièvre prolongée ayant débuté trois jours après un accouchement normal et persistant depuis trois mois en l'absence d'infection utérine. Aucun signe de tuberculose évolutive. Augmentation du volume du foie et de la rate, atteinte marquée de l'état général. Manifestations cutanées ayant fait rechercher la syphilis. Réactions sérologiques très positives. Disparition immédiate et définitive de la fièvre après une seule injection de novarsénobenzol.*

Marguerite C..., 24 ans, secondipare, première grossesse en 1921, enfant vivant pesant 3.520 grammes, placenta, 600. L'examen de l'enfant pendant les 10 jours qu'il a passés à la Maternité n'a rien révélé de particulier, pas de lésions cutanées, muqueuses, croissance normale. Poids au dixième jour: 3.620 grammes, soit un gain de 100 grammes sur le poids de sa naissance. Quant à la mère, dès le troisième jour sa température s'élève à 40° et se met à osciller avec des maxima élevés, coupée de temps en temps de courtes périodes d'apyrexie. En l'absence de tout symptôme morbide à l'examen des divers organes, on pose le diagnostic d'infection puerpérale et on en cherche l'explication dans une rupture prématurée des membranes, deux jours avant l'accouchement hors du service.

Comme on expérimentait à ce moment-là, à la première infirmerie, le traitement par un sérum antistreptococcique spécialement préparé par l'Institut bactériologique de Lyon, la malade fut soumise à ce traitement et reçut des doses massives de 80 cc. de sérum, mais pendant deux jours seulement, car le laboratoire nous avisa que la culture des lochies n'avait pas montré de colonies de streptocoques.

Dès la 2^e semaine apparaissent, avec une reprise de la fièvre, une éruption généralisée et des arthropathies, tous phénomènes qui furent interprétés comme des accidents sériques. Mais deux mois entiers s'écoulent pendant lesquels la fièvre persiste sans rémission aucune, très irrégulière, mais ne dépassant que rarement 38° 5, accompagnée de mauvais état général, d'amaigrissement, de perte des forces.

Pour expliquer cet état, on ne trouve rien : l'involution utérine s'est faite normalement. Dès le 4 juillet, un mois après l'accouchement, on note : utérus parfaitement involué, aucune réaction périutérine, culs-de-sac souples. D'autre part, il existe bien des signes de sclérose pulmonaire du sommet droit, mais rien ne permet de songer à un réveil de l'infection tuberculeuse ; la malade ne tousse pas, ne crache pas et, à l'auscultation, il n'y a pas le moindre râle.

Au début de septembre, la situation est donc la suivante : fièvre continue et irrégulière qu'on ne sait à quoi rapporter, éruption généralisée à tout le corps sous forme de marbrures non saillantes, dont la teinte s'efface ou s'accuse suivant les jours, atteignant

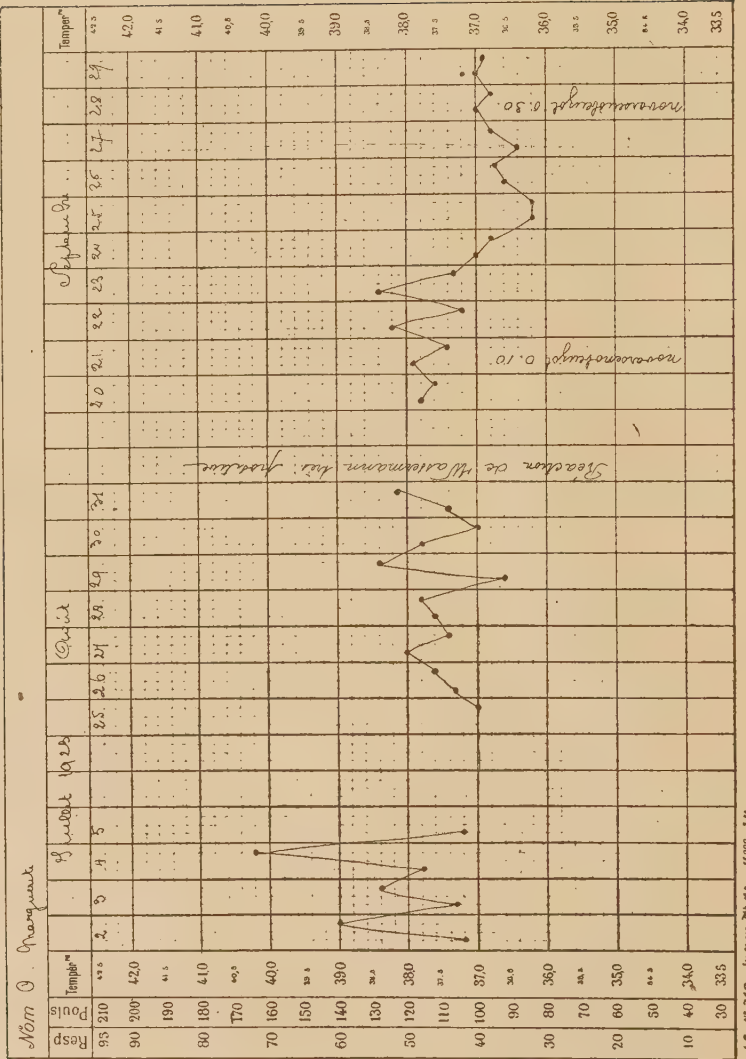
Salle Malade de Mr Joron N^o 1



Observation I

Salle Malade de G. r. 15m

N° II



parfois des teintes rouge vif. La malade se plaint de céphalées rebelles. A l'examen, on trouve un foie un peu gros. La rate n'est pas perçue ; il existe un ganglion mastoïdien assez gros et dur du côté droit, quelques petits ganglions inguinaux, rien aux autres groupes ganglionnaires, pas de lésions des muqueuses.

La malade est conduite à la consultation syphiligraphique dite des « maladies héréditaires », annexées à la clinique obstétricale dirigée par M. Favre. Elle est examinée par le Dr Dupasquier. En raison de la date éloignée des injections de sérum, M. Dupasquier rejette le diagnostic de maladie sérique. Il conseille sur l'aspect de l'éruption un examen sérologique. Une réaction de Wassermann, pratiquée au début de septembre, est très fortement positive. On fait alors une première injection de 10 centigrammes de 914 et on a, le lendemain, la stupéfaction de voir cette fièvre, datant de trois mois, disparaître sans retour.

Après une exacerbation momentanée des céphalées et de l'éruption, tous les symptômes morbides ne tardent pas à disparaître, l'appétit renaît, l'état général se transforme, la malade accuse une sensation de bien-être inaccoutumée et elle peut partir en convalescence dans le milieu d'octobre.

L'enfant de cette malade a été revu. M. Favre, qui a bien voulu l'examiner, retient comme signes d'hérédo-syphilis l'existence de ganglions épitrochléens bilatéraux et d'une micropolyadénopathie surtout axillaire et inguinale. Les bosses pariétales sont saillantes, le réseau veineux du cuir chevelu un peu dilaté. Par ailleurs, si l'aspect est un peu souffreteux, le poids de l'enfant, qui a été soumis au traitement, est à 4 mois dans la moyenne de son âge. Il ne présente aucune lésion cutanée ou muqueuse. Les testicules sont descendus, le droit un peu plus gros que le gauche et de consistance dure, la rate n'est pas perçue.

La mère a été revue par M. Favre; son état de santé reste excellent; la fièvre n'a jamais reparu; elle s'est engraisée de 8 kgs et fait un travail pénible sans en éprouver aucune gêne.

OBSERVATION II

Due à l'obligeance de M. DUJOL, médecin-accoucheur
des Hôpitaux de Saint-Etienne

Il s'agit d'une malade de 19 ans, primipare, sans autres accidents pathologiques qu'un début de bacillose, soigné en 1916, à Genève, et des pertes blanches abondantes.

La date probable de l'accouchement était pour le 15 décembre environ. Or, elle entre en travail à la Maternité le 28 octobre, soit vers 7 mois 1/2. On l'adresse dans le service de M. Dujol pour rupture prématurée des membranes, arrêt de la dilatation, rigidité du col et infection amniotique. La température est à 37°8, le pouls à 120. L'accouchement a lieu d'ailleurs spontanément. L'enfant pèse 1.530 grammes, le placenta 300. L'heure après l'accouchement, la malade présente un grand frisson qui dure dix minutes.

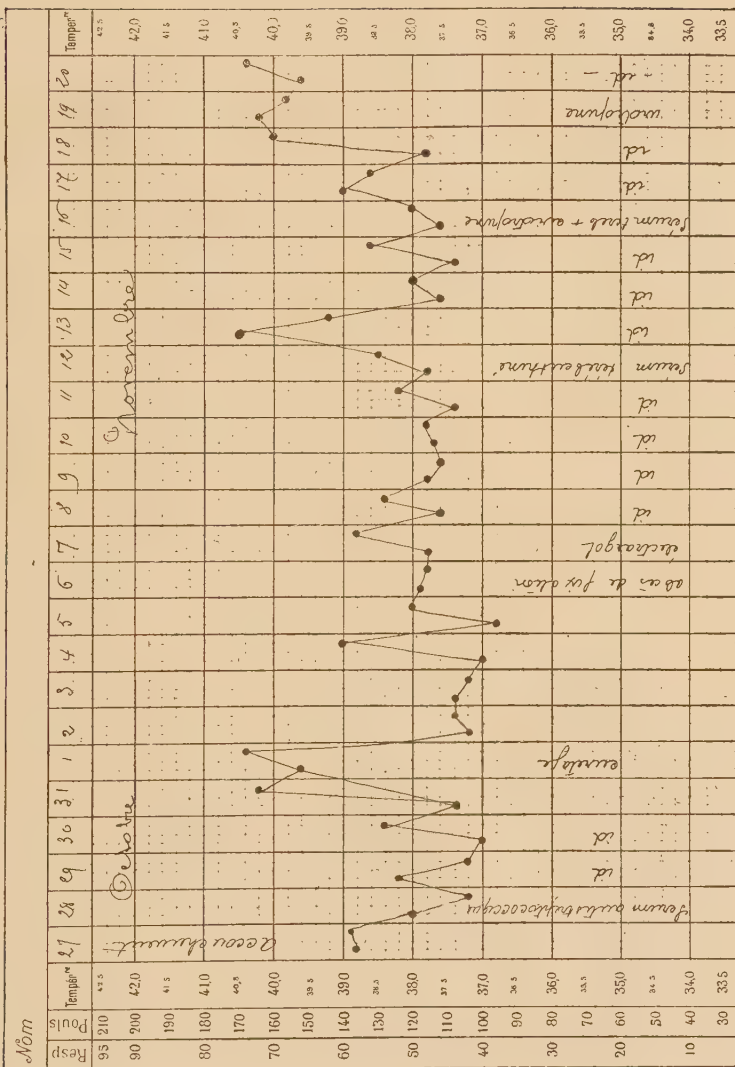
Les jours suivants, l'accouchée a une température oscillante, de l'accélération du pouls, de l'altération de l'état général, avec facies plombé ; aussi décide-t-on un curetage utérin, qui a lieu le 31 octobre et ramène des débris placentaires et membraneux.

L'amélioration consécutive n'est que passagère ; il n'y a pas de réaction abdominale, mais bientôt s'installe un ensemble symptomatique d'infection puerpérale, à type pyohémique, que traduit avec une netteté remarquable la courbe de température : frissons à plusieurs reprises, insomnie, abattement, subdélire, teint plombé, anorexie, température irrégulière et à grandes oscillations, rapidité du pouls au delà de 120. Urines chargées, mais non albumineuses. Il n'y a pas de localisations précises. Pourtant, du côté du cœur, on note, outre la tachycardie, un souffle systolique sans propagation et de l'assourdissement des bruits. Cet ensemble dure du 31 octobre au 3 décembre, soit environ trente-cinq jours.

Un abcès de fixation pratiqué le 4 novembre n'a pris que fort médiocrement. Tous les traitements classiques ont été tentés sans amener aucun résultat, aussi bien sur la courbe de température que sur l'ensemble des phénomènes généraux. Tour à tour ont été employés : l'électrargol intraveineux, le traitement térébenthiné complet, l'urotropine intraveineuse, les grands bains, les toni-cardiaques, le sérum antistreptococcique.

Observation II

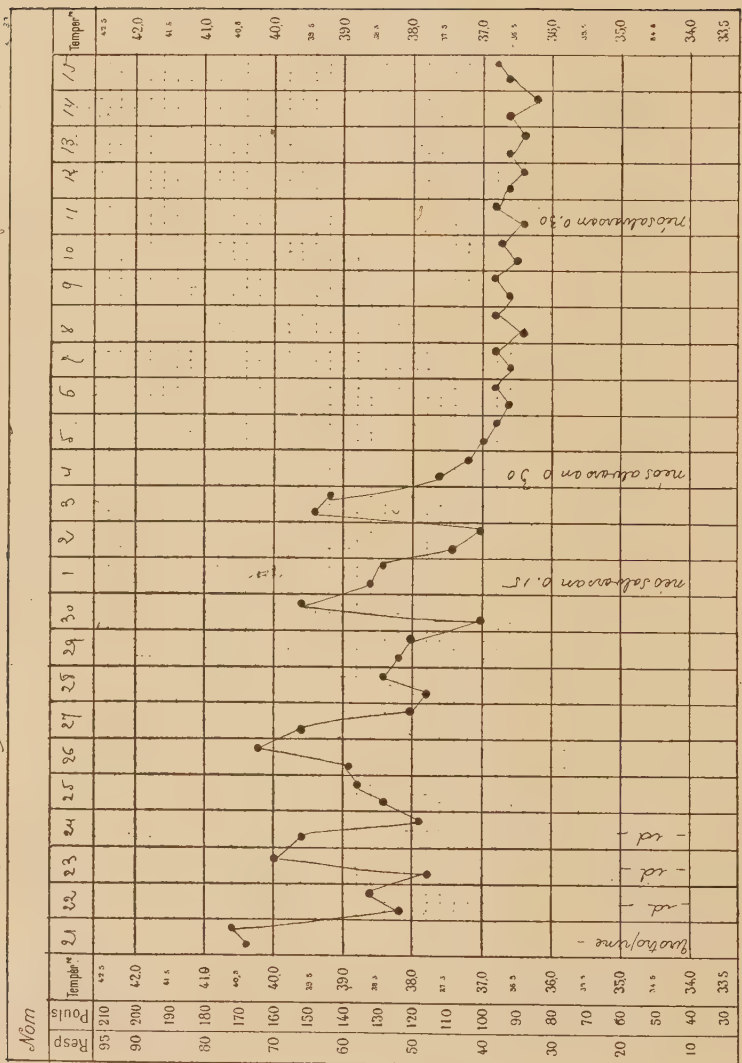
Salle Malade de M. Dupol N° I



18 - 19 - 20 - 21 - 22 - 23 - 24 - 25 - 26 - 27 - 28 - 29 - 30 - 31

Observation II

Salle Malade de l'inc Deyol . N^o 11



Des renseignements indirectement communiqués apprirent l'existence d'une syphilis récente et actuellement en cours de traitement chez le mari. Bien que la malade n'ait pas présenté de manifestation cutanée ou muqueuse, ces anamnestiques joints à l'interruption prématurée de la grossesse, à l'existence de lésions cutanées qui paraissaient d'ailleurs banales chez l'enfant, pendant les dix jours où il a vécu, amènent à l'hypothèse d'une spécificité possible. On commence donc sans grand espoir un traitement par le novarsénobenzol. Or, deux jours après la première injection de 0 gr. 15, la température descend à 37°5, puis le jour suivant à 37°, pour ne plus jamais atteindre même ce chiffre, par la suite, ainsi qu'en témoigne la courbe ci-jointe, oscillant de quelques dixièmes du matin au soir et sans le moindre frisson. L'état général, par ailleurs, change du tout au tout ; la malade a retrouvé un appétit normal, se sent bien, se lève et demande instamment à rentrer chez elle ; depuis, elle a été revue à la consultation, où l'on continue son traitement, et va aussi bien que possible. L'analyse du sang a donné une séro-réaction nettement positive.

Ces deux observations prêtent à une interprétation commune. Elles ont trait l'une et l'autre à deux malades syphilitiques. Le malade de l'observation I a présenté des réactions sérologiques très positives ; les accidents cutanés qui ont été observés chez elles avaient le type de ces syphilides érythémato-maculeuses, en larges nappes ou en réseaux diffus, plus ou moins apparentes suivant les instants où on les observe, tous caractères qui sont ceux des roséoles érythémato-maculeuses, dites roséoles tardives ou roséoles de retour.

La malade de M. Dujol est une syphilitique non moins certaine ; son mari est atteint de cette affection ; elle-

même présente une réaction de Wassermann très positive.

Chez l'une, comme chez l'autre malade, la réalité de la syphilis ne fait aucun doute.

Toutes deux ont présenté, dans les suites de couches, une fièvre irrégulière que les tracés feront bien mieux connaître que toutes les descriptions que nous pourrions en donner. Les perturbations thermiques se sont accompagnées dans les deux cas de frissonnements, d'atteinte de l'état général et, chez la malade de M. Voron, de céphalées, d'amaigrissement.

On a pensé, dans les deux cas, au diagnostic de fièvre puerpérale ; c'était bien, en effet, le diagnostic qui paraissait s'imposer chez ces jeunes femmes présentant, dans les jours qui ont suivi leur accouchement, de la fièvre et, pour la malade de M. Dujol, des modifications locales qui rendaient le diagnostic d'infection streptococcique plus probable encore.

Toutefois, ni dans l'un, ni dans l'autre cas, la réalité de l'infection streptococcique n'a pu être prouvée, et dans l'observation de M. Voron, son rôle peut être certainement mis hors de cause, la culture des lochies n'ayant montré aucun microbe.

Le troisième fait qui ressort avec une extrême évidence de nos deux observations est l'action extraordinaire, instantanée, qu'a exercé le novarsénobenzol sur des fièvres que, jusque-là, rien n'avait pu modifier. Chez la malade de M. Voron, la fièvre persistait depuis trois mois avec une chronicité désespérante, et elle disparaît comme par enchantement après la première injection intraveineuse de 0 gr. 15 de novarsénobenzol.

La courbe de l'observation de M. Dujol ne montre pas, avec une moindre évidence, l'action du 914.

Si l'on rapproche ces trois faits et si l'on tient également compte des notions que nous avons acquises récemment sur les fièvres syphilitiques, l'interprétation de nos deux observations paraît s'imposer avec la plus grande évidence. Les fièvres qui ont été observées chez ces deux jeunes femmes à la Maternité de Lyon et à celle de Saint-Etienne, sont des fièvres syphilitiques du post-partum et l'action curative de l'arsénobenzol s'explique dès lors de la façon la plus simple.

Nous sommes ainsi amenée à étudier la question des rapports de la syphilis et de la grossesse en ce qui concerne, tout au moins, l'apparition des accidents fébriles.

Dans un deuxième chapitre, nous étudierons l'action de l'arsénobenzol sur les fièvres syphilitiques du post-partum et aussi sur les autres variétés de fièvres puerpérales, car nous verrons qu'on a voulu faire de ce médicament un agent curateur de l'infection puerpérale en général.

Nous disons par avance que le 914 ne saurait revendiquer le rôle de médicament spécifique de toutes les infections puerpérales, qu'il agit sur certaines d'entre elles, se montre inefficace à l'encontre des autres, et que des distinctions s'imposent que nous aurons à souligner.

Nous allons, tout d'abord, traiter la question des modifications que l'état puerpéral peut exercer sur la marche de la syphilis ou, plus exactement, sur l'apparition d'une manifestation concomitante fréquente de l'infection syphilitique : la fièvre.

CHAPITRE II

Etat puerpéral et syphilis fébrile.

Au fur et à mesure qu'on étudie mieux la grande infection générale qu'est la syphilis, certains des aspects sous lesquels elle nous était connue se précisent ; d'autres se modifient, certains apparaissent qui, jusque-là, avaient été méconnus. Si l'on se reporte aux travaux consacrés à la syphilis il y a quelques années, on constate qu'elle restait le type d'une infection dont l'une des caractéristiques était d'évoluer sans provoquer de fièvre.

On peut dire que la notion des relations fréquentes de la fièvre et de la syphilis est une des conquêtes de ces dernières années.

La syphilis n'est pas une maladie apyrétique, c'est la notion contraire qui représente la réalité des choses. Nous ne voulons pas ici étudier les très nombreux travaux qui nous permettent de bien connaître aujourd'hui les fièvres syphilitiques et leurs très nombreuses variétés : c'est là un chapitre de la syphilis non moins important au point

de vue clinique qu'au point de vue de la pathologie générale. On nous permettra de nous reporter au travail qu'ont récemment consacré à cette question MM. Favre et Contamin, bien que ces auteurs se soient, disent-ils, bornés à rapporter de nouvelles observations, d'ailleurs très démonstratives, de fièvres syphilitiques et qu'ils se soient défendus de l'idée de traiter complètement la vaste question des rapports de la fièvre et de l'infection tréponémique. Leur travail est cependant extrêmement complet et donne un aperçu des multiples formes, des innombrables circonstances dans lesquelles apparaissent chez les syphilitiques, à toutes les périodes de l'infection, des fièvres qui peuvent être très durables et dont la constatation a jusqu'ici fait commettre tant d'erreurs de diagnostic, alors qu'on croyait que la présence de modifications thermiques devait plutôt éloigner l'idée de syphilis (1).

MM. Favre et Contamin montrent l'extrême variété de ces fièvres concomitantes des accidents syphilitiques, même de la période du chancre.

A la période secondaire, « la fièvre s'observe avec une telle fréquence, quand on la recherche avec soin, que l'on peut dire qu'elle est la règle, et que son absence est au contraire l'exception.

« Nous répétons que dans la généralité des cas, cette fièvre est légère, et qu'elle apparaît dépouillée du cortège des réactions fonctionnelles qui accompagnent souvent les mouvements fébriles d'autre nature. Elle ne conserve pas toujours ces caractères.

(1) FAVRE (M.) et CONTAMIN (N.). *Journal de Médecine de Lyon*, 20 mai 1923, n° 81, pages 303-312.

« Dans les formes anormales de syphilis secondaire, la fièvre se démasque, s'accuse et peut être remarquablement élevée et persistante.

« Les réactions fébriles deviennent, en effet, beaucoup plus intenses dans les formes généralisées exanthématiques, dont le type est représenté par la poussée confluyente papuleuse.

« Les syphilis de types éruptifs, plus atypiques encore, dont les variétés sont nombreuses, comptent la fièvre au nombre de leurs manifestations habituelles.

« On l'a surtout observée dans les formes pustuleuses, varioliformes, pustulo-ulcéreuses, dans ces syphilis malignes, précoces, dont on a souvent signalé le caractère extensif et décrit les mutilations.

« Dans ces cas, d'ailleurs, l'état général peut être profondément atteint.

« L'infection secondaire peut évoluer sous des aspects que l'on ne s'est pas assez attaché à signaler, alors que l'on s'astreignait à décrire avec une patiente minutie les modalités complexes des éruptions cutanées polymorphes.

« C'est pour cette raison que nous rapportons l'observation d'une syphilis secondaire anormale (à forme périostique généralisée) remarquable à la fois par l'intensité de la fièvre et l'atteinte profonde de l'état général, contrastant avec l'extrême atténuation des manifestations cutanées. Ce cas de syphilis secondaire fébrile, larvée, non exanthématique, mérite de retenir l'attention. »

Nous avons tenu à citer le texte même des auteurs pour montrer l'importance de ces fièvres syphilitiques de la pé-

riode secondaire et leurs variétés d'aspect, nous voudrions ici pouvoir citer l'observation si démonstrative apportée par M. Favre, de fièvre de très longue durée de la période secondaire, dont on trouvera dans le travail que nous avons cité l'histoire et la courbe thermique si démonstratives. Aux périodes tardives, les fièvres syphilitiques concomitantes ne sont pas moins fréquentes. La multiplicité des cas dans lesquels on peut les rencontrer est ici extrême, et l'importance est considérable de ces fièvres concomitantes d'accidents viscéraux divers que l'on rapportait très fréquemment à d'autres causes, à la tuberculose en particulier, par le seul fait même qu'elles étaient fébriles.

On nous permettra là encore de faire de larges emprunts au travail de MM. Favre et Contamin. Les auteurs attirent l'attention sur une forme spéciale de fièvre syphilitique dite essentielle, signalée par Fournier, qui évoluerait en dehors de tout accident cliniquement constatable : « c'est là, nous en sommes persuadés, dit M. Favre, un groupe d'attente destiné à se démembrer au fur et à mesure que l'on saura mieux dépister les diverses localisations viscérales de la syphilis. Il est frappant, en effet, de voir combien la réaction thermique peut être hors de proportion avec les troubles fonctionnels traduisant l'atteinte d'un organe. Les localisations hépatospléniques, en particulier, provoquent parfois une fièvre élevée sans qu'il y ait cependant de trouble notable de la fonction glandulaire... Nous ne voulons pas insister plus longtemps sur ces fièvres qualifiées d'essentiels et dont nous n'avons pas observé de cas personnel. »

La seule conclusion qui se dégage est qu'il faut désormais penser à la syphilis dans ces états que l'on a dési-

gnés par le qualificatif de fièvres prolongées de cause obscure, qu'ils évoluent chez l'enfant ou chez l'adulte.

Ce court aperçu sur les fièvres syphilitiques nous en montre l'importance, mais nous révèle également que l'état puerpéral n'est pas signalé parmi les causes provocatrices de la syphilis fébrile.

L'accouchement, les perturbations humorales profondes qui l'accompagnent et qui se prolongent dans le post-partum sont-elles donc sans action sur la femme enceinte syphilitique ?

Nous connaissons une autre infection générale, aussi fréquente que l'infection syphilitique, comparable à elle par bien des points et sur laquelle la grossesse et l'état puerpéral exercent une action que de nombreux travaux nous ont montrée aussi fréquente que redoutable : nous voulons parler de la tuberculose.

Si l'on recherche dans la littérature les documents sur la question de l'influence de la grossesse et de l'état puerpéral sur la syphilis, sur les fièvres syphilitiques du post-partum, on ne trouve nulle part la question étudiée.

Nos deux observations posent cependant cette question de la façon la plus évidente. Chez nos deux malades, toutes deux syphilitiques, c'est dans les suites de couches que la syphilis subit un réveil qu'attestent les modifications de la courbe thermique. S'il se fût agi de tuberculeuses présentant après l'accouchement une semblable température et des signes d'infection, on n'aurait pas manqué d'incriminer le rôle de la gravidité, de l'accouchement, de la lactation. Pourquoi ne pas faire le même raisonnement à propos de la syphilis ?

Nous rapportons ci-dessous une observation qui prouve que certaines manifestations syphilitiques peuvent présenter du fait de la grossesse et de l'état puerpéral un réveil, une accentuation indiscutable.

OBSERVATION III

Recueillie dans le service de M. le Professeur agrégé FAVRE,
à l'Hôtel-Dieu

F... Jeanne, 28 ans, couturière.

Malade envoyée dans le service de M. le Dr Favre par la clinique d'accouchement, pour état anémique et adénopathies multiples.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 35 ans de rupture d'anévrisme.

Mère a 52 ans, bien portante.

Antécédents collatéraux. — Trois frères et sœurs bien portants. Un frère mort à la guerre.

Antécédents personnels. — Première grossesse en 1919.

Grossesse et accouchement normaux.

Enfant mort à 5 mois de convulsions.

Deuxième grossesse en 1922 et accouchement le 21 juillet à 8 mois. Au cours de cette grossesse, la malade a présenté de l'albuminurie avec œdème malléolaire passager ; elle eut des vomissements répétés pendant presque toute la durée de sa grossesse avec amaigrissement prononcé.

Au premier mois de sa grossesse, elle présenta une adénopathie sous-maxillaire gauche que l'on crut d'origine dentaire et pour laquelle elle subit l'extraction de quatre dents, mais dans la suite apparurent des adénopathies multiples qui persistent à l'heure actuelle. Depuis l'accouchement, qui fut normal (enfant de 2.500 gr.), les adénopathies ont persisté avec état anémique accentué et les troubles digestifs persistent, mais beaucoup plus légers.

L'examen du sang fait à la clinique a montré une formule leucocytaire normale.

La malade n'a jamais fait aucune maladie. Elle dit qu'elle n'a jamais toussé, n'a pas eu d'hémoptysie, a été réglée à 14 ans,

toujours régulièrement. La malade a passé de 65 kilogs, poids au début de la grossesse, à 48 kilogs à la fin de la grossesse. Elle ne présente aucun signe de spécificité, sauf des céphalées fréquentes mais sans caractère particulier. Du côté de l'enfant, rien ne fait penser à la syphilis.

A l'entrée. — Malade amaigrie, au teint jaune pâle. Température : 38°2. A l'examen de la région cervicale, on note de volumineuses adénopathies.

Région carotidienne gauche : plusieurs gros ganglions remontant jusqu'au lobule de l'oreille, de consistance rénitente, encore mobilisables légèrement sur les plans profonds.

Région sous-maxillaire gauche : deux ou trois gros ganglions débordant un peu la ligne médiane, légèrement douloureux, de consistance rénitente.

Au bord externe du sein gauche, un ganglion de la grosseur d'une petite noix.

Région sus-claviculaire droite : masse ganglionnaire du volume d'une petite noix.

Pas d'autre masse ganglionnaire, ni dans les fosses iliaques, ni aux aines, ni dans les creux axillaires, sauf en ces deux dernières régions quelques rares petits ganglions isolés, roulant sous le doigt.

Cœur : rien à signaler.

Poumon : on ne note qu'un peu de submatité de la fosse sus-épineuse gauche avec, de ce côté, une respiration un peu moins nette que du côté opposé. Pas de râles, pas de retentissement de la voix, la malade ne tousse pas.

Foie : débordé les fausses côtes d'un travers de doigt et peut être perçu à la palpation.

Rate : matité de trois travers de doigt sur la ligne axillaire postérieure, mais la rate ne peut pas être accrochée.

Système nerveux : rien à signaler.

La malade se plaint d'un peu de diarrhée depuis plusieurs mois : deux selles liquides par jour sans coliques.

Urines : ni sucre, ni albumine.

23 septembre: — Ablation d'un ganglion de la région mammaire (Dr Santy).

Biopsie.

30 septembre. — Depuis cinq jours, la malade souffre de ses adénopathies, jusque-là indolores. On note l'apparition d'une rougeur inflammatoire au niveau de la masse ganglionnaire du creux sus-claviculaire droit et du ganglion le plus inférieur de la chaîne carotidienne gauche. La fièvre oscille entre 37°3 et 38°3, très irrégulière.

6 octobre. — Ulcération depuis une quinzaine de jours du ganglion de la chaîne carotidienne gauche signalé ramolli précédemment. L'état de la malade est stationnaire. Elle est très amaigrie, la peau est le siège d'une fine desquamation, forme un pli lorsqu'on la soulève, a l'aspect d'une peau cachectique.

Les deux mêmes ganglions cervicaux se sont ouverts à gauche ; il existe une ulcération de la région carotidienne ayant les dimensions d'une pièce de 5 francs, entourée d'une bordure de téguments de teinte rouge brun ; les bords sont décollés ; le fond est constitué par les muscles de la région, qui apparaissent rouges. Le fond est légèrement bourgeonnant, rouge. En quelques points, on voit des amas jaunâtres. Du côté opposé, l'ulcération est en train de se constituer. Elle a actuellement les dimensions d'une pièce de 0 fr. 50 recouverte d'une croûte ; au niveau de la biopsie, il s'est formé une collection fluctuante qu'on a ponctionnée ce matin.

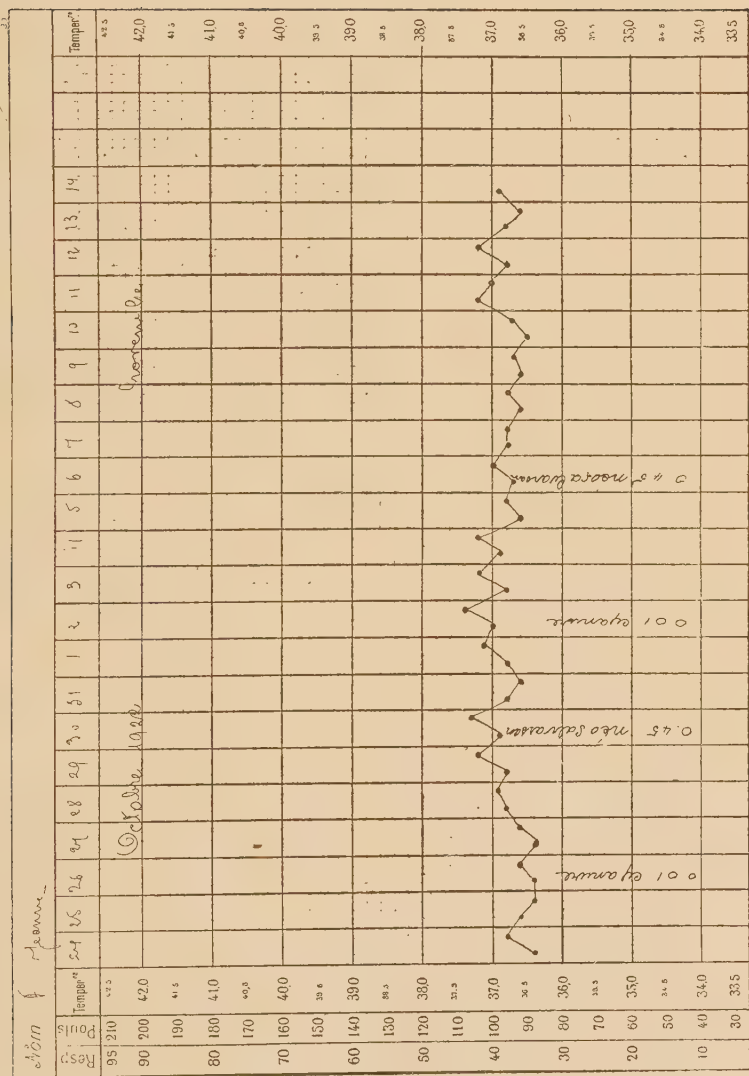
L'examen pulmonaire est absolument négatif. Il se forme dans la région sous-maxillaire une grosse inflammation qui paraît marcher vers l'abcédation.

Aucune toux.

Dans le creux sus-claviculaire droit, il existe une masse inflammatoire du volume d'un œuf qui s'est ouverte spontanément ; elle est en partie recouverte d'une croûte et laisse voir dans la partie recouverte de l'ulcération un bord sphacélique, jaunâtre, qui ressemble à celui que l'on voit au fond des gommès syphilitiques en voie de fonte. La masse de ce côté est unique, légèrement lobulée, mobile sur les plans profonds.

A gauche, l'ulcération a les caractères que nous avons signalés. La lésion se prolonge vers le creux sus-claviculaire par une infiltration dure, mobile, ayant les dimensions d'une noix environ. Au-dessus d'elle, dans la région carotidienne supérieure, on trouve une grosse masse ayant le volume d'une mandarine, adhérente profondément et remontant jusqu'à la région mastoïdienne. A

Salle Malade du 3^e d'Artillerie N^o 117



sa surface, les téguments sont mobiles, sauf en un point, vers l'angle du maxillaire, où la peau est rouge et adhérente.

Toute la région sous-maxillaire gauche, jusqu'à quelques centimètres en dehors de la ligne médiane, est le siège d'une tuméfaction collée contre le maxillaire, non mobilisable, dure, ressemblant à un adénophlegmon dentaire, à cela près qu'elle est beaucoup moins douloureuse. En deux points, cette masse dure présente un ramollissement circonscrit avec dépressibilité et rougeur intense.

Sous les deux aisselles, petits ganglions roulant sous le doigt.

L'affection a été considérée à la Charité comme étant d'origine dentaire, parce qu'elle avait débuté au niveau de l'angle du maxillaire. On a fait l'ablation de quatre dents sans modifier l'évolution de l'affection. L'état actuel de la maladie après un mois et demi de séjour s'est beaucoup modifié au point de vue de l'aspect des lésions ganglionnaires. Les ganglions, d'abord durs, roulant sous le doigt, sont maintenant empâtés, fusionnés, entourés d'une atmosphère de cellulite et subissent un ramollissement.

L'examen pulmonaire soigneux ne révéla rien d'anormal. La recherche des bacilles de Koch dans le pus des ulcérations est restée négative.

8 novembre 1922. — Sous l'influence de la thérapeutique spécifique (instituée après constatation de réactions de Wassermann et de Hecht très positives), il s'est produit :

1° Une chute de la température qui s'est établie au-dessous de 37°, alors qu'elle persistait élevée et irrégulière depuis des semaines.

2° Une remarquable amélioration de l'état général. Aujourd'hui, le visage est coloré, la peau, dont nous avons décrit l'aspect, est maintenant légèrement moite, s'est dépouillée de l'enduit squameux qui la recouvrait, ne présente plus le pli cachectique si manifeste à l'entrée. Le malade a toujours faim. Les lésions se sont considérablement améliorées. L'ulcération de la région carotidienne droite est maintenant comblée. Elle n'est plus représentée que par une ulcération d'une étendue d'une pièce de 2 francs, que comblent des bourgeons charnus de bonne nature qui débordent même la surface de la perte de substance. Cette ulcération est sous-tendue par une infiltration qui va en diminuant progressivement, mobile sur les plans profonds, qui paraît surtout cutanée. L'ulcération du côté gauche présente les mêmes caractères.

La grosse infiltration dure qui faisait suite à cette induration au-dessus et au-dessous ont considérablement diminué. L'énorme masse de la région carotidienne supérieure est maintenant réduite au volume d'une forte noix. Il en est de même de l'infiltration de la région sous-maxillaire gauche qui est encore représentée par un blindage adhérent qui suit la concavité du maxillaire et s'étend en débordant la ligne médiane à deux travers de doigt environ de cette ligne. La saillie formée par cette grosse infiltration diminue de jour en jour avec rapidité. Une ulcération s'était produite avant l'institution du traitement en cette région ; elle n'a pas progressé et est en voie de dessiccation à l'heure actuelle.

13 janvier 1923. — La malade quitte le service. La transformation qui s'est opérée sous l'influence du traitement est extraordinaire. On constate que la région cervicale droite est complètement libérée. La région cervicale gauche présente encore un petit ganglion dans le creux sus-claviculaire.

Dans la région carotidienne supérieure, on note également un ganglion du volume d'une amande. Dans la région sous-maxillaire gauche, au niveau de laquelle existait une tuméfaction extrêmement dure, il n'existe plus qu'une masse allongée dure, ayant environ 1 centimètre de large et 4 de long. Cette induration est parfaitement mobile et se résout tous les jours. C'est tout ce qui subsiste de l'énorme infiltration signalée au début.

La cachexie a été telle que, lorsque la malade a commencé à se lever, elle a eu du côté gauche un véritable œdème sans albumine, analogue à celui qu'on observe à la suite des infections longtemps prolongées. Cet œdème a maintenant complètement disparu.

Il est intéressant de noter que le foie, qui n'est pas très augmenté de volume, déborde légèrement les fausses côtes et qu'il est manifestement dur.

Note additionnelle. — Pour compléter l'observation de cette malade, il faut ajouter que son enfant a succombé quelques semaines après sa naissance sans qu'un diagnostic précis ait été établi, de cachexie a-t-on dit. Quant à la malade elle-même, elle nous a donné récemment de ses nouvelles, qui sont excellentes. Citons ici quelques termes de sa lettre (3 juin 1924) : « Depuis ma sortie de l'Hôtel-Dieu, je me porte à merveille, plus aucun malaise ; toutes les grosseurs que j'avais au cou ont complètement disparu. J'ai beaucoup augmenté de poids. Au début du traitement ordonné

par le professeur Favre, je pesais 32 kilos et actuellement j'en pèse 68 ; c'est à ne pas croire la résurrection opérée. J'étais une vraie loque humaine quand il a commencé à me traiter, etc. »

L'observation que nous venons de rapporter est instructive à bien des points de vue. Nous laisserons de côté la question des ressemblances que présentent de semblables adénopathies avec des adénopathies tuberculeuses. La question vaudrait cependant d'être longuement examinée. Il est certain que la syphilis peut provoquer des réactions ganglionnaires fréquentes, surtout chez l'enfant dans les formes héréditaires, mais qui ne sont pas rares chez l'adulte et qui sont trop souvent confondues avec des adénopathies bacillaires.

MM. Nicolas et Favre ont insisté il y a plusieurs années et sont revenus à plusieurs reprises sur ces faits dont l'importance est encore méconnue et qui donnent trop souvent lieu, pour le plus grand dommage des malades, à des erreurs de diagnostic. Ce que nous voulons retenir surtout de cette observation, c'est l'allure vraiment galo-pante prise par ces adénopathies syphilitiques au cours de la grossesse et dans la période qui la suit ; l'atteinte de l'état général, l'amaigrissement massif, la fièvre. Il est certain que si de pareils phénomènes eussent évolué chez notre malade sous l'influence du bacille de Koch, on n'eût pas manqué d'incriminer l'influence favorisante de l'état gravidique. Pourquoi ne pas admettre que les lésions de notre malade dépendant d'une autre infection, ont subi la répercussion des mêmes conditions physiologiques ? Il paraît bien certain que les conditions dans lesquelles s'est trouvée cette malade ont exercé une influence sur l'évolution précipitée des manifestations di-

verses qu'elle a présentées et qu'il faut voir là un exemple de l'action favorisante de la grossesse et de l'état puerpéral sur une syphilis jusque-là latente.

Si les documents ne sont pas nombreux sur la question, du moins avons-nous des documents de valeur.

Fournier, auquel il faut toujours revenir pour toutes les questions qui concernent l'étude clinique de la syphilis, dit « la grossesse complique la vérole. Elle la complique en lui ajoutant son anémie débilite, sa disposition aux névroses, ses troubles de nutrition ; aussi, beaucoup de femmes syphilitiques voient-elles leur état général péricliter dès qu'à la syphilis s'adjoint une grossesse. Elles deviennent alors pâles, chlorotiques, hydrohémiques, faibles, nerveuses. La syphilis a beau jeu, en pareille occurrence, pour donner carrière à ses manifestations propres, et elle ne s'en fait guère faute le plus souvent. C'est ainsi que sous la double influence de la syphilis et de la grossesse, certaines femmes sont affligées de symptômes aussi multiples que variés : asthénie générale, langueur digestive, inappétence, palpitations, accès fébriles ou fièvre continue paroxystique, quelquefois assez intenses pour mériter le nom de typhose, accidents nerveux tels que céphalées, névralgies, insomnies, névroses convulsives, etc... etc... »

Depuis la publication du livre de Fournier, nous n'avons rien trouvé sur le sujet qui apportât des documents nouveaux.

Une exception doit être faite, et c'est avec un très grand plaisir que nous la relevons : Vinay, dans son livre classique, dit : « les phénomènes d'asthénie que caractérisent les troubles digestifs, le dégoût, l'inappétence, les

palpitations, la céphalée, les douleurs vagues, l'hystéralgie ne sont jamais plus marquées que chez les femmes grosses atteintes de syphilis. Les douleurs névralgiques sont particulièrement intenses et, quand elles surviennent chez une jeune femme récemment mariée, au début d'une grossesse, elles suffisent, d'après Augagneur, pour attirer l'attention et déceler la syphilis. La fièvre secondaire, qui est généralement fugace et qui ne s'élève à l'hyperthermie que dans les formes malignes, présente, pendant la grossesse, une ténacité et une intensité qui ne concordent nullement avec les manifestations visibles de l'infection. »

L'article de M. Vigne (1) comporte, sur le sujet, l'énoncé d'un certain nombre d'aphorismes. Ils mériteraient d'être longuement examinés. Tel le suivant : « Certains auteurs, au cours de ces dernières années, ont émis l'hypothèse qu'une gestation intercurrente pouvait atténuer la gravité d'une syphilis.

« Cette théorie se fonde sur trois ordres de faits :

« 1° Discrétion des accidents dans les cas où la syphilisation et la conception sont simultanées ;

« 2° Rareté relative des neuro-syphilis chez les femmes ayant eu des gestations après leur infection ;

« 3° Amélioration rapide par un traitement peu intense.

« Nous allons passer en revue ces trois points :

« a) Il est évident que le grand nombre des cas où la femme d'un syphilitique donne naissance à un syphilitique sans présenter d'autre signe d'infection qu'un

(1) VIGNE La grossesse et l'accouchement chez les femmes syphilitiques. (*Paris Médical*, mars 1924.)

Wassermann positif doit donner à réfléchir. C'est un fait dont J.-E. Moore a souligné l'importance. D'après lui, si l'infection et la fécondation coïncident approximativement ou si l'infection se fait pendant le cours de la gestation, les manifestations habituelles de la syphilis sont souvent beaucoup plus bénignes que si l'infection se fait en dehors de la gestation : au moins un cas sur deux rentre dans cette catégorie. Le fait que l'accident primitif est souvent inaperçu serait du même ordre.

«) Le même Moore note que le nombre de femmes avec un liquide céphalo-rachidien anormal est proportionnellement deux à trois fois plus grand chez les femmes stériles que chez celles qui ont eu un ou plusieurs enfants depuis l'infection. Plus de la moitié des femmes qui ont eu une neuro-syphilis n'ont pas eu d'enfant depuis l'infection. Inversement, les multipares ont très rarement de la neuro-syphilis.

« Cette donnée statistique est intéressante, sous réserve, cependant, que les femmes ayant eu des enfants, et les femmes stériles aient mené la même vie, ce qui n'est pas établi.

c) Whitridge Williams (encore quelqu'un dont les opinions ont du poids) remarque qu'il est surprenant de voir comment l'amélioration suit un traitement qui serait insuffisant pour un homme ou une femme non enceinte. Il y a donc quelque chose dans l'état de gestation qui diminue la virulence de la maladie et prédispose à l'amélioration spontanée.

« Cette action atténuante de la gestation irait, pour certains, jusqu'à la guérison complète dans certains cas.

« Sans partager cet optimisme, il n'en reste pas moins que des faits de ces trois groupes ont été observés — disons : de temps à autre. Une étude statistique menée sur un nombre suffisant de cas bien observés permettrait d'en fixer la fréquence et ce point ne serait pas sans intérêt ».

Il est certain que les arguments fournis par les auteurs américains sont loin d'entraîner la conviction et il faut se garder, comme l'a fait M. Vigne, d'un excès d'optimisme. Sans doute, il est fréquent d'observer des femmes syphilitiques chez lesquelles les manifestations de la vérole restent cliniquement latentes pendant la grossesse et après l'accouchement, et c'est sur cette latence clinique, précisément, que l'on avait fondé des lois telles que celles de Colles-Baumès, et que l'on avait pu parler d'une certaine immunisation de la femme enceinte. De pareilles théories ne sont plus admises aujourd'hui. Cette femme, en apparence saine, peut cependant transmettre une syphilis virulente ; elle peut présenter des avortements à répétition, des signes qui indiquent que la syphilis garde chez elle un caractère infectieux persistant. Il n'est pas rare, d'ailleurs, que si plusieurs grossesses, le plus souvent pathologiques, se succèdent chez une femme syphilitique, sans qu'en apparence elle présente elle-même de troubles graves d'infection syphilitique, on puisse voir survenir des signes indubitables qui indiquent qu'elle a fini par être plus ou moins gravement atteinte : sciatique rebelle, radiculites, albuminurie, céphalées, troubles endocriniens divers, anémie, faiblesse générale, irritabilité nerveuse. Il suffit de suivre, comme nous avons pu le faire, une

consultation telle que celle que dirige M. Favre, à l'Hôpital de la Charité, et qui est destinée aux femmes syphilitiques, pour voir combien sont fréquents les troubles divers qu'elles accusent spontanément ou que l'on peut trouver chez elles, à un examen systématique, et combien la théorie d'une amélioration de la syphilis sous l'influence de gestations répétées se montre souvent contredite par la clinique. L'argument que donne Routh de cette prétendue influence « purgatrice » de la grossesse sur la syphilis ne nous a pas paru plus convaincant que les arguments de Moore ou de Whitridge Williams.

Routh attribue la latence relative de la syphilis au cours de la gestation « à l'action des ferments oxydants du chorion qui peuvent léser le spirochète, le détruire ou, tout au moins, le faire passer à l'état de spore ».

L'argument biologique ne nous paraît pas supérieur aux arguments cliniques. C'est, tout au contraire, à un autre aphorisme de l'article de M. Vigne que nous nous rallions plus volontiers : « Dans certains cas, l'atteinte que porte la syphilis à l'état général deviendrait plus marquée du fait de la gestation ». Ici nous avons comme garant un observateur dont M. Vigne se plaît à reconnaître la compétence (« et les opinions de Vinay sont de celles qui doivent être prises en considération »).

Nous avons plaisir à enregistrer cet aveu et l'appréciation portée sur l'auteur du traité classique : *Maladies de la grossesse et des suites de couches*.

La vérité clinique nous paraît être du côté de ce grand observateur. Notons que, comme Fournier, il avait signalé l'apparition des troubles généraux divers qui accidentent la grossesse de la femme syphilitique. Retenons tout

spécialement ce qui concerne la fièvre que Vinay, plus encore que Fournier, signale expressément. Nous ne saurions assez insister sur l'appoint que de pareilles constatations apportent à notre thèse. Il serait long d'énumérer les manifestations syphilitiques diverses que l'on a pu noter chez les femmes enceintes, chez les infectées puerpérales et dont les circonstances physiologiques avaient favorisé le développement. Les troubles anémiques sont fréquents. « D'autre part, il est possible que certains des cas étiquetés anémie pernicieuse gravidique reconnaissent comme origine une infection syphilitique plus ou moins ancienne ».

Signalons que notre maître, M. Favre, a eu souvent l'attention attirée sur la fréquence des troubles de signification probablement endocrinienne, qu'il a vu survenir chez des femmes syphilitiques après la grossesse (adiposité à développement rapide ; parfois, au contraire, amaigrissement massif avec troubles basedowiens, modifications du caractère, troubles digestifs persistants, nervosisme très accentué, céphalées, perturbations menstruelles) phénomènes dont M. Merklen et ses collaborateurs et bien d'autres observateurs ont montré la fréquence chez les syphilitiques consécutivement à la grossesse.

On ne manquera pas d'objecter que ces diverses manifestations et tout spécialement que la fièvre sont loin d'être constantes chez les femmes syphilitiques. Le fait est bien certain. Bon nombre de ces malades peuvent être observées dans les maternités, donnant naissance à des enfants manifestement syphilitiques sans cependant présenter elles-mêmes dans leurs suites de couches des

symptômes évidents de syphilis et surtout sans présenter de fièvre.

Pourquoi certaines malades voient-elles leur infection se réveiller sous l'influence de la grossesse et s'accuser par des perturbations thermiques aussi marquées que celles dont nous rapportons les courbes ? Il y a là un fait encore inexpliqué ; mais aussi bien pouvons-nous le noter à propos de toutes les manifestations de la syphilis. Tous les malades atteints de syphilis secondaire ne réagissent pas en présentant des fièvres aussi élevées que celles dont on peut trouver dans la littérature les curieuses observations. Toutes les hépatites syphilitiques ne sont pas fébriles ; bon nombre de syphilis ganglionnaires, ostéo-articulaires évoluent sans fièvre, alors que d'autres cas cliniquement semblables s'accompagnent de réactions thermiques. S'il est des tabes, des paralysies générales fébriles, il en est bon nombre d'autres chez lesquels l'exploration thermique reste négative. Si nous savons bien que la syphilis est une maladie qui engendre de la fièvre, elle ne l'engendre pas constamment et pour ainsi dire fatalement. On ne peut pas davantage nier l'existence de fièvres syphilitiques du post-partum par le seul argument que certaines femmes syphilitiques n'ont pas de fièvre dans leurs suites de couches, qu'on ne peut nier l'existence d'hépatites syphilitiques fébriles du seul fait qu'on rencontre des hépatites syphilitiques sans élévation de la courbe thermique.

Les observations ultérieures nous montreront probablement les causes, jusqu'ici imprécises, qui suscitent chez les syphilitiques le développement des perturbations thermiques.

Contentons-nous de noter leur inconstance sous l'influence du facteur gravidique. Il est probable que si elles eussent été toujours aussi nettes, aussi importantes que celles de nos deux malades, elles seraient connues depuis longtemps et notre thèse, au lieu d'être une des premières publiées sur ce sujet, pourrait s'appuyer sur une bibliographie qui, nous l'avons vu, est à ce jour presque inexistante.

CHAPITRE III

Fièvres puerpérales et Arsénobenzol.

Parmi les arguments que nous pouvons apporter pour établir la nature de la fièvre qu'ont présentée nos malades, il en est un de grande valeur : c'est l'argument thérapeutique.

Chez nos malades, la fièvre qui persistait depuis longtemps a brusquement cédé sous l'influence de l'injection intraveineuse d'arsénobenzol.

Cette disparition, qu'on le remarque bien, n'a pas été lente, progressive ; elle a été instantanée, pour ainsi dire.

La lecture de nos courbes montre le fait avec une entière évidence. L'action du novarsénobenzal a été aussi puissante que décisive ; c'est d'ailleurs ainsi qu'elle se manifeste dans les cas nombreux et actuellement bien connus où elle est intervenue dans le traitement des fièvres syphilitiques. Dans tous ces cas, c'est la même prolongation de la fièvre, la même irrégularité, la même

résistance à tous les antithermiques ordinaires et c'est la même disparition rapide lorsque la thérapeutique spécifique finit par être instituée.

Il n'y a qu'à comparer les courbes des fièvres syphilitiques jusqu'ici publiées, celles en particulier de l'article de MM. Favre et Contamin, pour constater que chez nos accouchées le novarsénobenzol a agi comme il le fait à l'ordinaire dans les syphilis fébriles. Il n'a produit d'aussi surprenants résultats que parce qu'il intervenait sur une variété spéciale de fièvre des suites de couches : la fièvre syphilitique post-puerpérale. Nous n'insisterions pas davantage sur ce fait tant il nous paraît évident, tant son interprétation nous semble simple, si l'on ne devait faire une objection qu'il importe d'examiner ici.

On pourrait nous dire que nos malades étaient bien des syphilitiques, mais contester la valeur de l'argument thérapeutique ; on pourrait nous dire que nos malades étaient atteints d'affections puerpérales ordinaires et que, si elles ont guéri par le 914, ce fait s'explique par l'action qu'exercerait cette médication sur les complications septiques des suites de couches, sur la fièvre puerpérale dont elle constituerait une thérapeutique générale. Cette objection n'est pas théorique. Dans ces derniers temps, des travaux ont paru dont les conclusions tendent à reconnaître au novarsénobenzol une action curatrice des infections puerpérales en général.

Nous signalerons en particulier, parmi ces travaux, deux thèses récemment parues, l'une inspirée par M. Cathala et soutenue par son élève Touchard, l'autre inspirée par M. Bouffe de Saint-Blaise, et soutenue par Joanny, en 1923, devant la Faculté de Paris.

Ce sont les arguments de ces auteurs que nous nous proposons d'examiner.

On comprend l'importance de cette question : Si le novarsénobenzol exerce une action réelle, constante sur les complications septiques des suites de couches, l'argument thérapeutique sur lequel nous nous sommes plus haut appuyée devient très critiquable et perd de sa valeur probante. Le novarsénobenzol est-il, par contre, sans action sur les fièvres puerpérales banales ? N'agit-il que sur certaines d'entre elles, les fièvres de nature syphilitique ? L'argument thérapeutique reprend toute sa valeur.

Nous n'examinerons pas séparément la thèse de M. Touchard et celle de M. Joanny. Nous étudierons les divers arguments mis en avant par ces auteurs.

I

Action du 914 sur les germes pathogènes in vitro.

Une première variété d'arguments est tirée de l'étude expérimentale qui a été faite du pouvoir antiseptique du novarsénobenzol in vitro. MM. Brühl et Michaud (1) ont expérimenté le 914 sur des cultures de streptocoques, de diplocoques de staphylocoques, et de proteus. « D'une façon générale, disent ces auteurs, le streptocoque et le diplocoque se trouvent le plus efficacement

(1) A. BRÜHL et MICHAUX. Notes sur quelques essais *in vitro* du pouvoir antiseptique du novarsénobenzol. S. M. H., 23 mai 1919.

combattus par le 914 ; pratiquement une solution au 1/1000^e est dépourvue de microbes au bout de 24 heures d'étuve. Pour combattre le staphylocoque et le proteus il faut des solutions plus concentrées au 1/1500^e par exemple.

« On ne saurait donc nier le pouvoir antiseptique incontestable du novarsénobenzol ; il est très inférieur à celui de l'acide phénique, du sublimé et des autres antiseptiques. Son pouvoir modéré permet d'admettre qu'il est moins nocif pour les cellules de l'organisme et autorise l'extension de ses essais au cours des diverses infections ».

Ces recherches ne nous paraissent autoriser aucune conclusion. Une expérience déjà bien longue a maintes fois prouvé en biologie quel péril il y a à conclure, d'expériences faites in vitro, aux résultats que l'on peut obtenir quand on s'adresse à l'organisme infecté, et l'on sait que tel antiseptique peut être expérimentalement doué d'un pouvoir microbicide extrêmement accentué, qui se montre, en pratique, très inférieur à tel ou tel autre corps classé bien après lui dans le carnet d'expériences faites in vitro.

En pareille matière, les applications cliniques constituent-elles aussi une véritable expérimentation, plus complexe que l'addition dans un milieu de culture d'un antiseptique. CE SONT LES RÉSULTATS DE L'APPLICATION AU MALADE QUI, SEULS, PEUVENT FAIRE JUGER DE LA VALEUR RÉELLE D'UN COMPOSÉ CHIMIQUE A L'ENCONTRE D'UNE INFECTION MICROBIENNE.

De ce que le 914 possède, in vitro, une action sur le streptocoque, inférieure d'ailleurs à celle de l'acide

phénique et du sublimé, il ne s'ensuit pas qu'il exerce la même action sur l'organisme infecté par ce microbe. Le sublimé, l'acide phénique, ne sont pas des médications de l'infection puerpérale bien qu'ils agissent contre les cultures du streptocoque plus activement que le 914 lui-même.

II

Action du 914 dans les affections médicales.

Touchard, dans sa thèse, tire argument de ce fait que le novarsénobenzol n'agit pas seulement dans la syphilis, qu'il a été employé dans de nombreuses autres maladies et qu'il y aurait, par conséquent, rien de surprenant à ce qu'il puisse également agir dans les infections puerpérales. Examinons rapidement la valeur de cet argument. Nous mettrons tout d'abord à part toutes les affections spirillaires. A leur égard le 914 agit en véritable médicament spécifique. Nous sommes ici dans la règle commune de son action. Le typhus récurrent, le pian sont guéris par le néosalvarsan, il n'y a pas lieu d'en être surpris. On ne doit pas davantage s'étonner des résultats favorables obtenus par l'emploi du 914 dans la maladie du sommeil, l'angine de Vincent, la pyorrhée alvéolo-dentaire, toutes maladies à protozoaires et spirilles qui relèvent de ce médicament.

C'est moins directement et avec moins de puissance que le 914 agit dans le paludisme, la dysenterie amibienne.

A côté de ces infections, il en est un très grand nombre d'autres dans lesquelles on a tenté l'essai de cures par les arsénobenzènes. C'est ainsi qu'on les a employés dans la scarlatine, la variole, les affections diphtériques et contre les porteurs de germe, dans le rhume des foins, le coryza, le psoriasis, la chorée de Sydenham, la sclérose en plaques, l'anémie pernicieuse, la gangrène, le rhumatisme articulaire aigu, le diabète sucré non syphilitique, les endocardites infectieuses, etc.

Ajoutons-y la blennorrhagie et ses complications, la grippe, l'encéphalite léthargique.

Touchard, dans sa thèse, s'étend assez longuement sur les résultats thérapeutiques observés dans ces nombreuses affections. Il importe de distinguer entre elles : il est d'autres affections que la syphilis sur lesquelles le novarsénobenzol exerce une action modificatrice très puissante, parfois vraiment spécifique : ce sont certaines affections spirillaires et dans ce groupe nous comprenons certaines gangrènes. Il en est d'autres où il constitue un utile adjuvant, surtout s'il est employé avec d'autres médications, celles-ci spécifiques ; c'est le cas de l'association du 914 et de la quinine dans le paludisme, du 914 et de l'émétine dans la dysenterie. Il est enfin un troisième groupe de faits où l'action de la médication est discutable, s'appuyant sur des observations favorables, mais où les résultats thérapeutiques n'ont rien de la fixité, de la constance, de la décisive efficacité où se marque l'action des médicaments vraiment spécifiques. Il est certain que le 914 ne saurait être considéré comme le médicament curateur ni de la blennorrhagie, ni du rhumatisme articulaire aigu, ni de la grippe, ni de la

variole, ni de la scarlatine. On sait à quelles difficultés l'observation des actions médicamenteuses peut prêter lorsqu'elles n'ont pas la netteté et la régularité des réactions obtenues par le médicament vraiment curateur. Il est nombre de médicaments qui ont eu ainsi, pendant quelque temps, une éphémère vertu étayée souvent sur ces coïncidences fréquentes en clinique et qui rendent si malaisé le jugement sur les actions thérapeutiques.

Les maladies dans lesquelles (en dehors des maladies spirillaires) le novarsénobenzol exerce une action constante, puissante, absolument indiscutable, sont, en fait, extrêmement rares. L'infection puerpérale streptococcique est-elle dans ce cas ? C'est à la clinique de nous le prouver et nous discuterons plus loin la valeur des documents apportés par MM. Touchard et Joanny. La conclusion de ce paragraphe est qu'on a tenté de faire jouer au novarsénobenzol le rôle de médication à tout faire, et qu'expériences faites, les vraies indications utiles de ce médicament se réduisent en pratique aux affections à protozoaires et particulièrement spirillaires. Le novarsénobenzol agit ici puissamment, car il agit, qu'on nous permette l'expression, « spécifiquement ».

III

Action du 914 dans les affections chirurgicales.

Le même examen critique pourrait être fait des résultats obtenus dans la cure par le 914 de certaines affections chirurgicales. A la lecture des travaux qui ont paru

sur ce sujet, on a l'impression très nette que les résultats obtenus par l'emploi du néosalvarsan ont été irréguliers, inconstants. Dans le travail de Bréchod (1) on trouve bien une observation de septicémie streptococcique avec hémoculture positive dans laquelle l'auteur obtint un succès des plus nets par le 914, mais il s'agit d'une observation isolée. On note également la bonne action du néosalvarsan dans les plaies gangréneuses ; il n'y a pas lieu de s'en étonner, étant donnée la fréquence des spirilles dans les gangrènes.

Nous lisons par contre dans les conclusions du travail de Bréchod, que si les injections intraveineuses de néosalvarsan ont un rôle *utile* dans les septicémies aiguës, elles sont sans effet dans les pyohémies, les septicémies avec lésions locales importantes, sphacèle massif des tissus, dans les plaies assez anciennes : « Les injections sont sans effet : « 1° dans les pyohémies, dans les septicémies avec lésions locales importantes, sphacèle massif des tissus ; 2° dans les plaies assez anciennes pour que les tissus sous-jacents soient déjà profondément modifiés par la réaction inflammatoire ».

Bré villé, dans sa thèse, note l'action eutrophique du médicament. Il cite également un cas intéressant de néoplasme de l'humérus. Le malade était arrivé à un degré de cachexie avancé. Il fallut opérer, mais la plaie opératoire se mit à suppurer. On injecte du 914 et alors presque aussitôt, la plaie s'améliore et surtout il se produit une transformation rapide et surprenante de l'état général ; le malade engraisse, le teint jaune paille disparaît

(1) BRÉCHOD. Valeur thérapeutique des injections intraveineuses de Néosalvarsan en chirurgie de guerre. *Paris Médical*, 24 mai 1919, p. 414.

et il est en bonne voie de guérison lorsque l'auteur quitte le service.

Nous nous permettrons de faire remarquer que, pour avoir toute leur valeur, de pareils cas doivent être très sévèrement contrôlés. On a depuis longtemps attiré l'attention sur le pseudo-néoplasme syphilitique.

MM. Nicolas et Favre ont étudié particulièrement les pseudo-sarcomes d'origine syphilitique et montré toutes les difficultés que peut présenter leur diagnostic. Ils sont souvent confondus avec des néoplasmes vrais. De telles notions sont très utiles à connaître pour interpréter avec toute la rigueur nécessaire des observations analogues à celle de Bréville.

En conclusion, dans ce domaine des infections chirurgicales, le novarsénobenzol n'a jamais donné, et surtout dans le domaine des infections généralisées (septicémies) les résultats constants, évidents, indiscutables qui permettent sinon de le considérer comme une médication spécifique, du moins comme un modificateur puissant des complications des infections chirurgicales. L'est-il des infections puerpérales ? C'est ce qui nous reste à examiner.

IV

Action du 914 dans les affections puerpérales.

POUR RÉSOUDRE LA QUESTION D'UNE ACTION POSSIBLE DU 914 SUR L'INFECTION PUERPÉRALE, UNE SEULE MÉTHODE EST VALABLE, CELLE DE L'OBSERVATION CLINIQUE. Une action curative de ce médicament ne pourra vraiment être affir-

mée que si des observations précises, multiples, concordantes affirment, mettent hors de doute son efficacité.

Nous avons déjà dit, à propos des infections médicales traitées par les arsénobenzènes, combien il fallait être prudent, avec quels soins il fallait tenir compte de certaines coïncidences fréquentes en clinique. Il faut donc trouver des faits vraiment nets et décisifs pour que l'on puisse parler d'une vertu modificatrice réelle du novarsénobenzol dans les infections puerpérales. Ces faits existent-ils ? Les deux thèses citées plus haut ont été consacrées à cette question. Toutes deux apportent des faits que nous devons examiner avec soin et dont nous allons discuter la valeur. La première de ces thèses est celle de Joanny. Le titre seul de ce travail montre assez à quelles conclusions l'auteur a été conduit. Il intitule en effet sa thèse : « Une méthode de thérapeutique générale par le novarsénobenzol. Contribution à l'étude du traitement de l'infection puerpérale. » MM. Favre, Voron et Grivet ont, dans l'article du *Journal de Médecine de Lyon*, du 5 mars 1924, intitulé « Les fièvres syphilitiques du post-partum ; fièvres puerpérales et arsénobenzol », soumis à une analyse critique très sévère la thèse de Joanny. Nous ferons nôtres leurs arguments et nous suivrons ces auteurs dans leur argumentation.

Une première critique que l'on peut faire à la thèse de Joanny est qu'elle ne repose que sur un nombre très insuffisant d'observations. En effet, si les observations de Joanny portent sur près de 300 cas, l'auteur n'en retient que 8 qu'il cite à l'appui de sa thèse. Or, nous verrons que ces 8 observations sont très discutables.

« Nous ne nous arrêterons pas, disent MM. Voron et Favre, à l'examen des cas classés dans la rubrique :

formes légères et moyennes. Les deux observations de ce groupe n'ont aucune valeur démonstrative : dans toutes les maternités on pourrait recueillir une foule d'observations de femmes ayant présenté dans les jours qui suivent l'accouchement de légères poussées fébriles spontanément résolutives sans aucune intervention thérapeutique ».

Nous reviendrons d'ailleurs sur cette observation de MM. Favre et Voron en apportant nous-même des courbes tout à fait semblables à celles de Joanny, à cela près que l'évolution de la fièvre chez nos malades n'a été troublée par aucune intervention thérapeutique et que la résolution des accidents, la chute de la température, se sont produites dans les mêmes délais que dans les observations de Joanny.

Il semble difficile d'attribuer une valeur probante à des faits comme celui que nous lisons dans la thèse de Joanny et qui résume à lui seul les cas de formes dites moyennes.

Voici l'observation :

Mme P... Cloride, 17 ans, primipare.

Accouchement normal à terme. Sommet en OIGA. Garçon vivant de 3.170 grammes. Délivrance naturelle complète de 450 grammes. Utérus à peine un peu mou et douloureux à la pression, lochies abondantes et altérées. Les accidents infectieux rétrocedent au bout de cinq à six jours. La malade a reçu trois piqûres de novarsénobenzol.

Ni dans la courbe thermique, ni dans l'histoire clinique on ne trouve d'arguments suffisants pour que l'action du novarsénobenzol puisse être affirmée. « Les

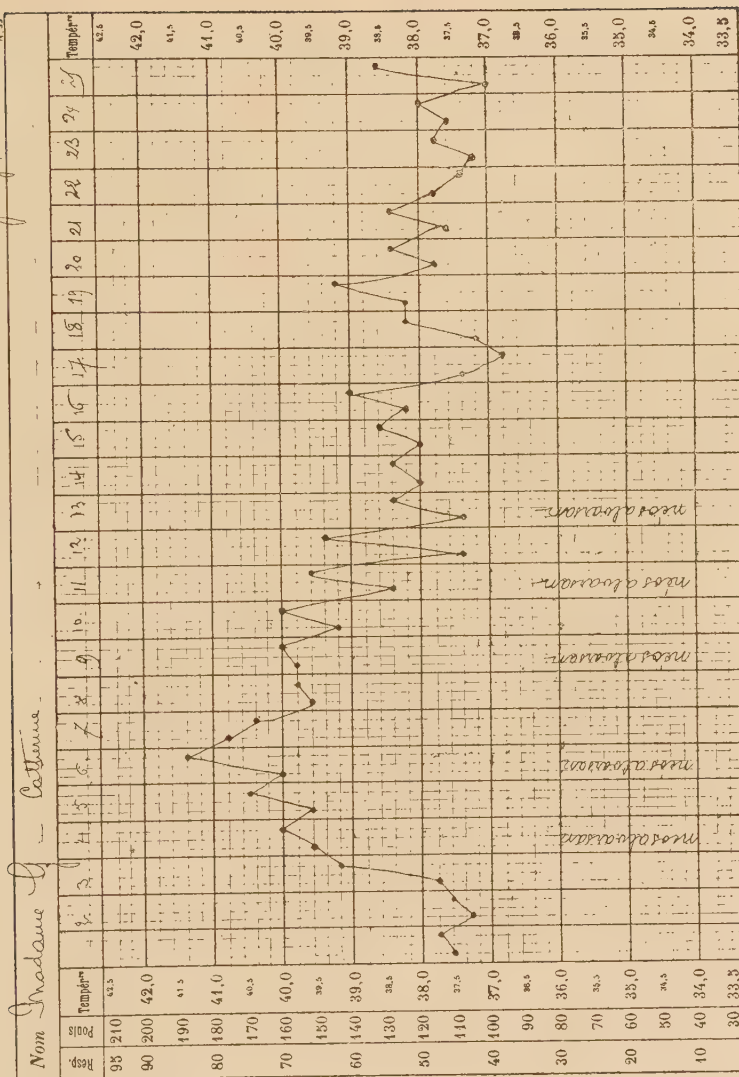
observations de formes dites prolongées et graves, disent MM. Voron et Favre, prêtent presque toutes aux mêmes critiques. Nulle part, soit à la lecture des courbes thermiques, soit à la lecture des observations réduites à quelques indications rudimentaires, on ne trouve d'argument en faveur du rôle, nous ne dirons pas curateur, mais simplement modificateur, de l'arsénobenzol. Il serait facile de fournir des courbes d'infections puerpérales absolument superposables à celles que rapporte M. Joanny, présentant les mêmes accidents thermiques, la même durée, la même résolution alors que les malades ont été soumises aux méthodes habituelles de traitement de l'infection puerpérale en l'absence de toute médication arsénicale, comme aussi à l'exclusion de tout traitement local peu efficace et souvent dangereux. Sur la valeur de ce traitement local, par parenthèse, nous adoptons les conclusions de M. Bouffe de Saint-Blaise. La seule observation vraiment démonstrative est celle que l'auteur emprunte à M. Dujol ; il voit dans cette observation un cas particulièrement frappant de l'action du novarsénobenzol dans l'infection puerpérale. L'action est, en effet, très frappante, nous en convenons, mais le fait n'a pas la signification que lui reconnaît M. Joanny ».

Si la médication par le 914 doit être élevée à la dignité de méthode de thérapeutique générale de l'infection puerpérale, comment expliquer que dix à quinze centigrammes de novarsénobenzol mettent instantanément fin à des fièvres puerpérales ainsi qu'en témoignent les courbes jointes à notre travail, alors que de semblables doses ne modifient en aucune façon d'autres courbes thermiques de la même infection.

Courbes de la thèse de Joanny :

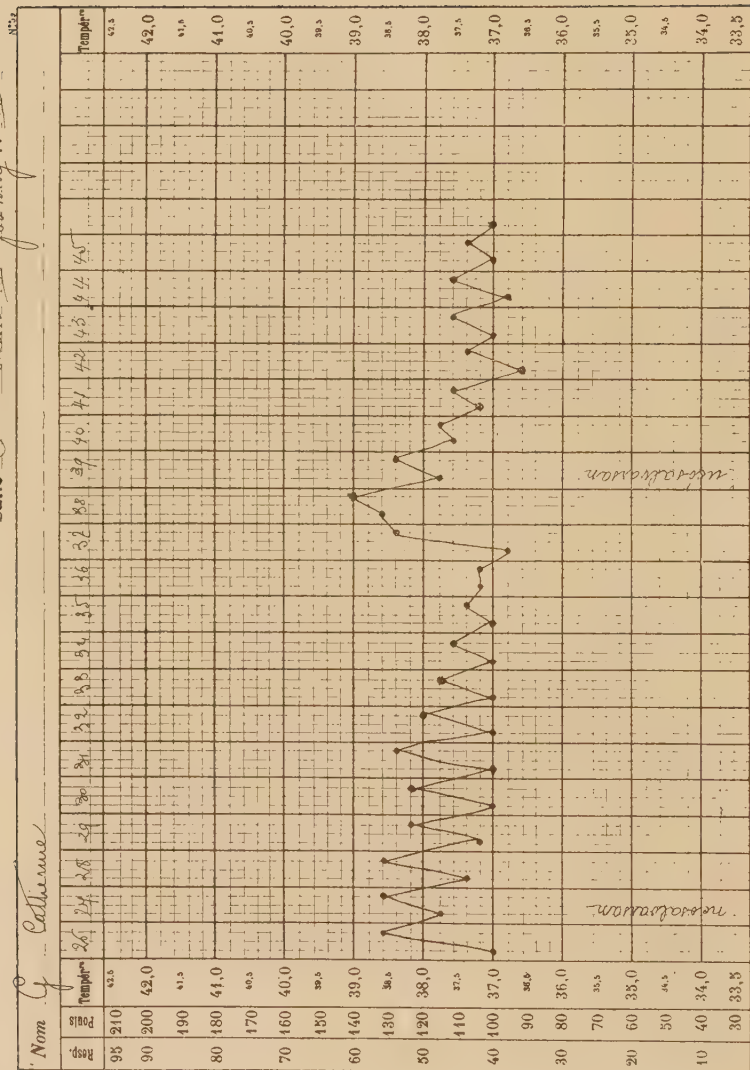
Salle Observation III. Use Jany N°

N° 53



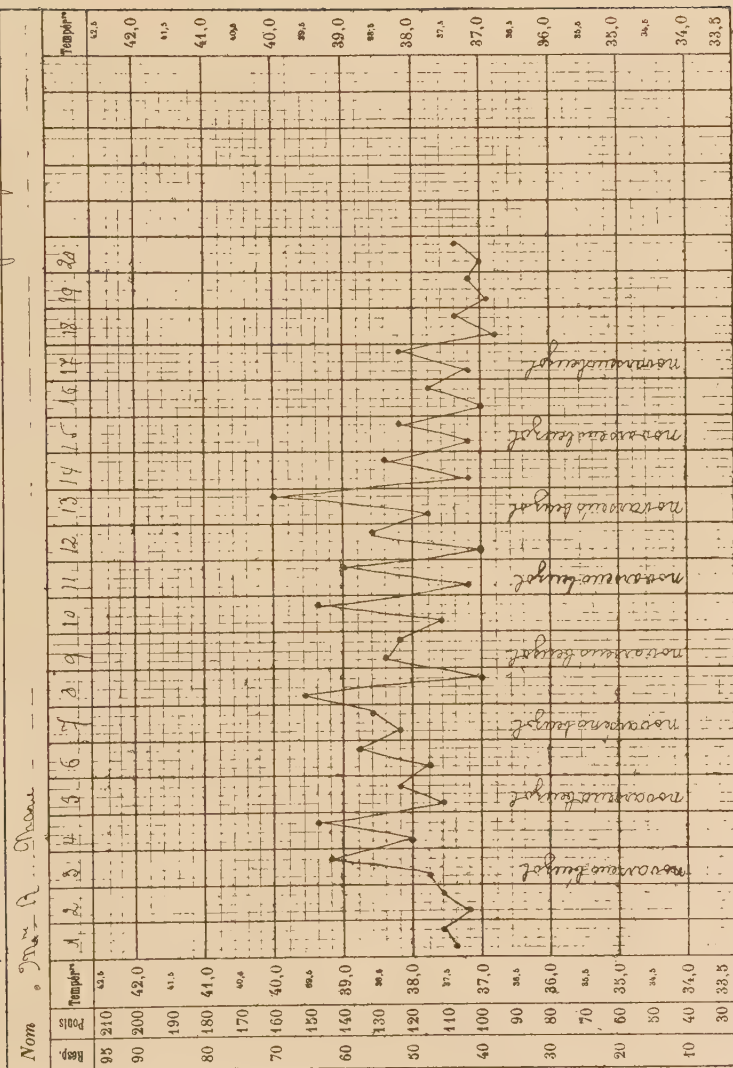
NOTE: 1. H. = 1/4 H. = 1/4 H. = 1/4 H. = 1/4 H. = 1/4 H.

Salle Observation III Jany N° II



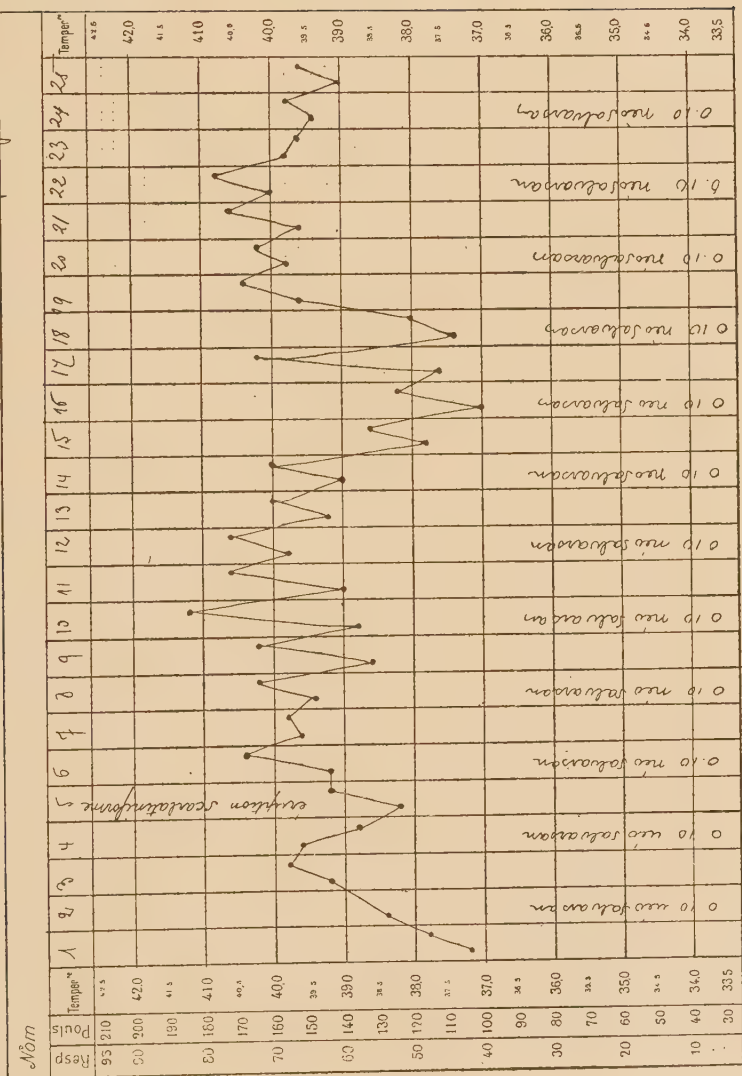
Salle Observation IV Pump N°

N° 32



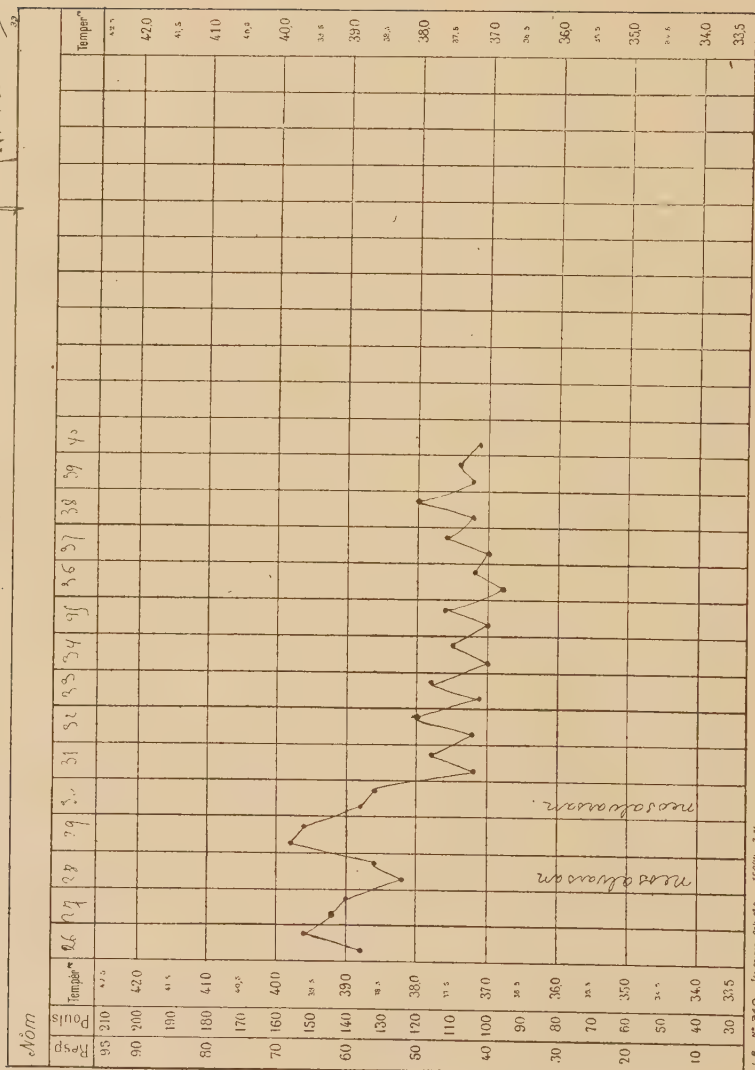
NOTE : 1. - 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. - 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20.

Salle Observation V mine pontif
Feuille I



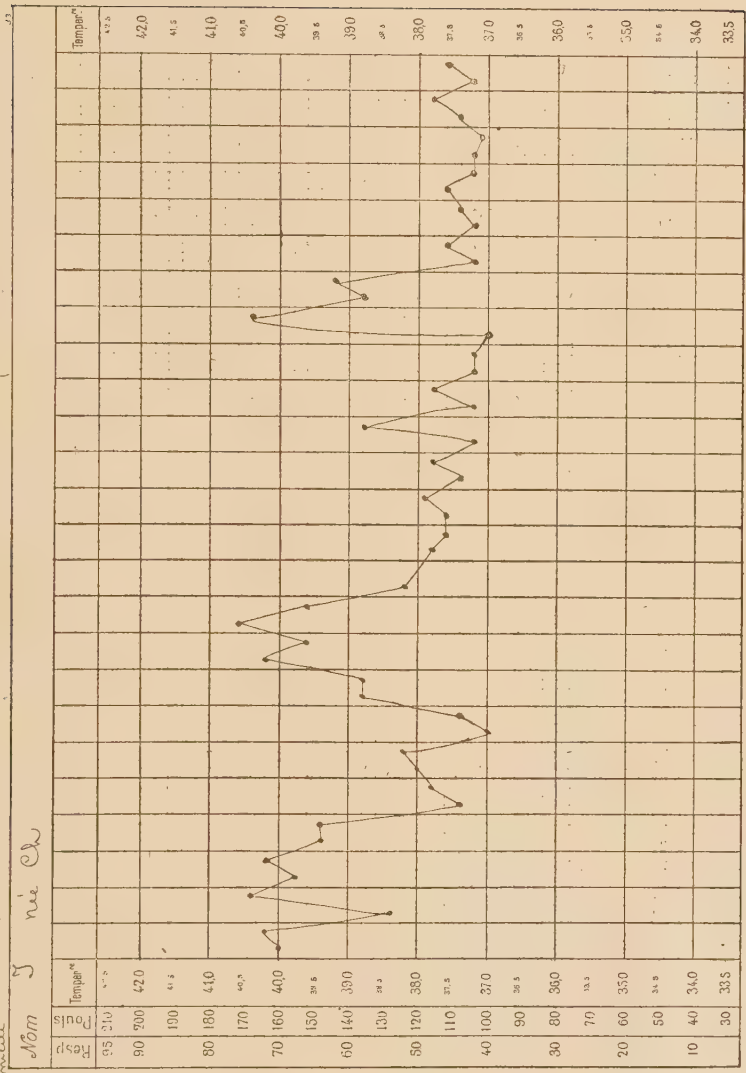
18-7-340 - 18-7-340 - 18-7-340 - 18-7-340

Salle Observation V three penny No 11



Occasionnement spontané à 1^{re} pour
Bulles ventriculaires - Rhythmus
Tachycardie d'excitation manuelle à
arrivée.

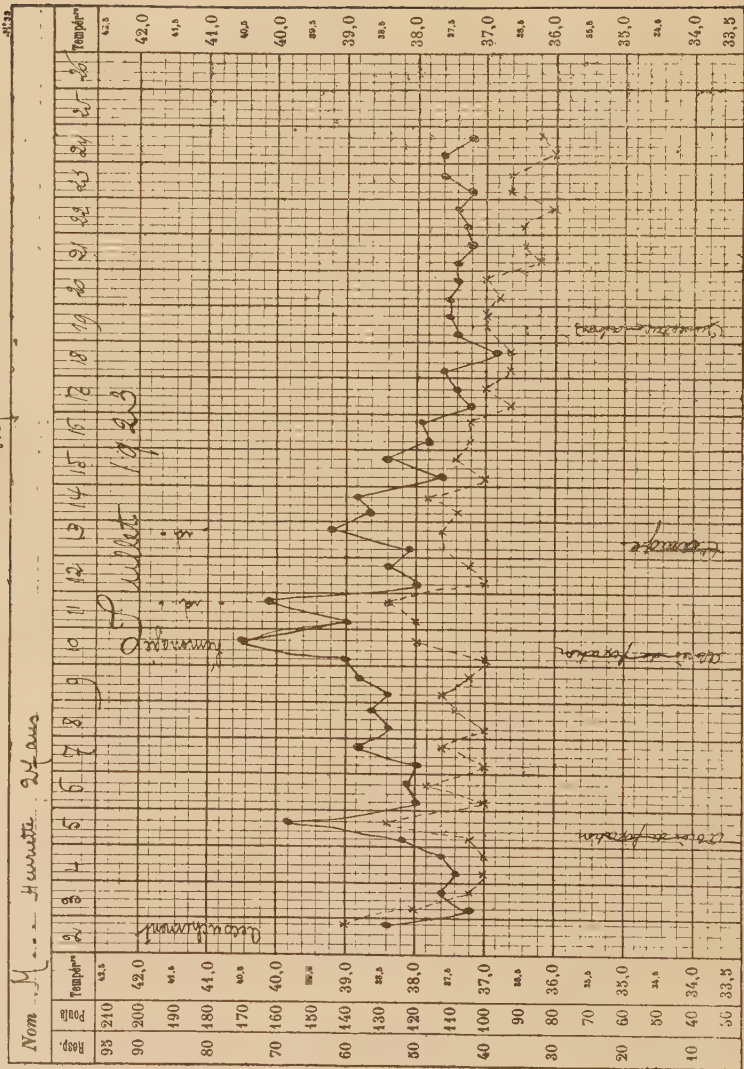
Salle 1^{re} Infirmeries Charte' N°



18. 11. 340 - 12. 11. 340 - 12. 11. 340 - 12. 11. 340
Tous intervalles de 10 min. 100 - 1000 Hz
Tous intervalles de 10 min. 100 - 1000 Hz

Accessolement primitif à Ensis - Fictus maculé
Il para livrer à estimer compte par le modèle

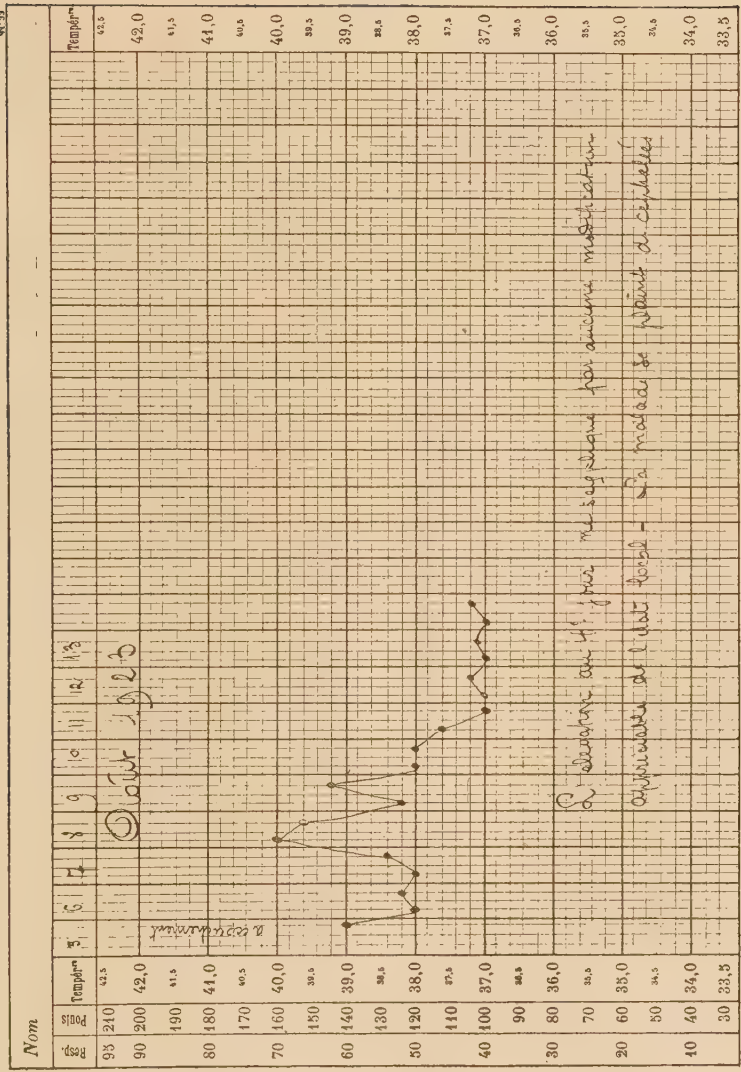
Salle d'Instruments de la Chanté



Les observations de Trouessart dans lesquelles on a employé la médication spécifique sont consignées dans le tableau ci-joint. Comme dans les autres cas, le malade thermisé, à la normale.

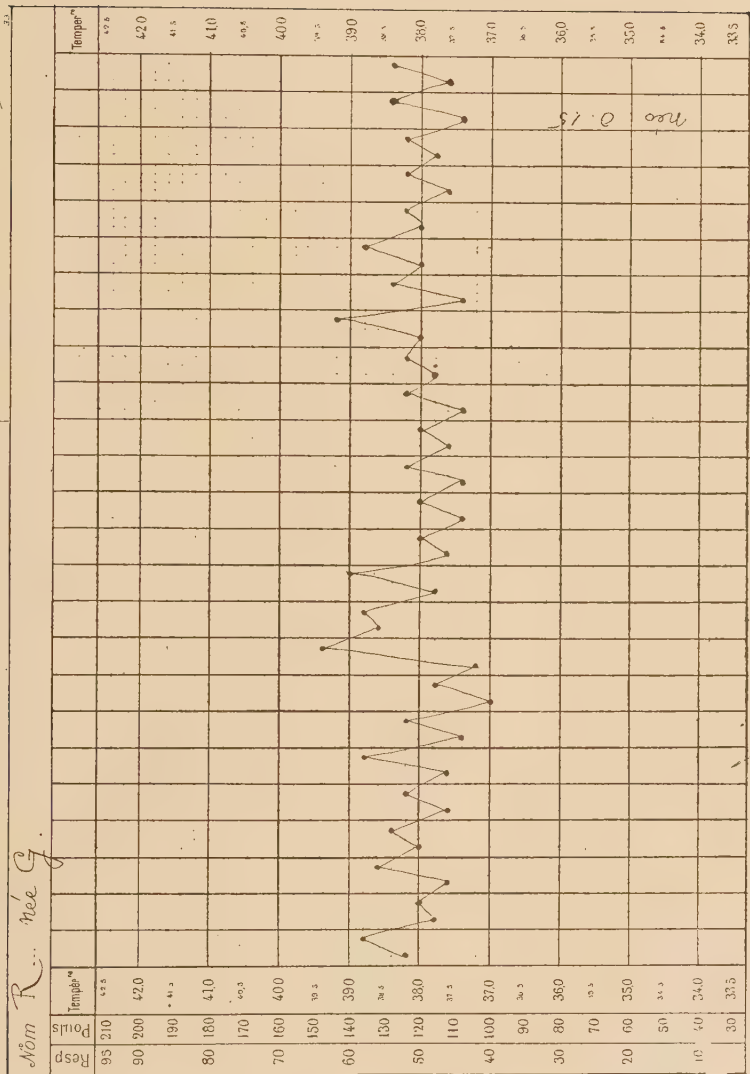
Accouchement spontané à terme
 3030
 enfant vivant
 420

Salle N°



à 12h 30 - à 13h 30 - à 14h 30 - à 15h 30 - à 16h 30 - à 17h 30 - à 18h 30 - à 19h 30 - à 20h 30 - à 21h 30 - à 22h 30 - à 23h 30

Salle Inférieure Chanté' N° I



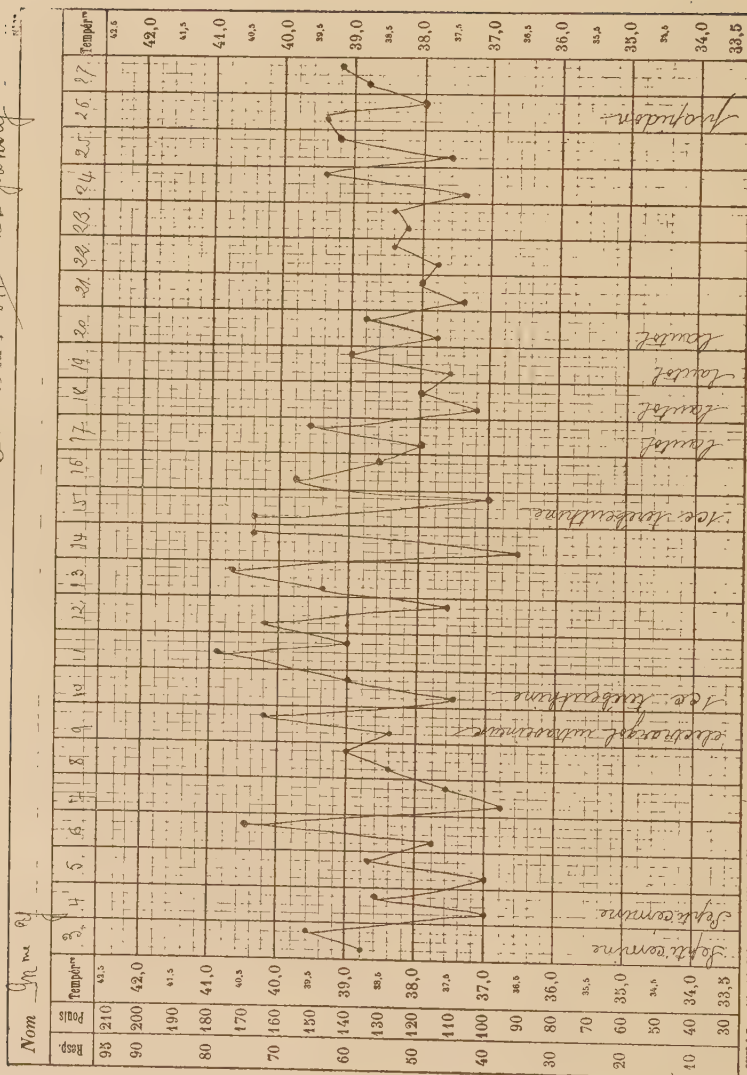
(B. 27-340 - 1/2 mètre par mètre - 1/2 mètre par mètre)

L'observation VII de la thèse de Joanny est une de celles qui méritent de retenir l'attention. L'action du novarsénobenzol, bien qu'elle ne présente pas ce caractère de rapidité que nous notons dans nos propres observations, paraît cependant moins discutable.

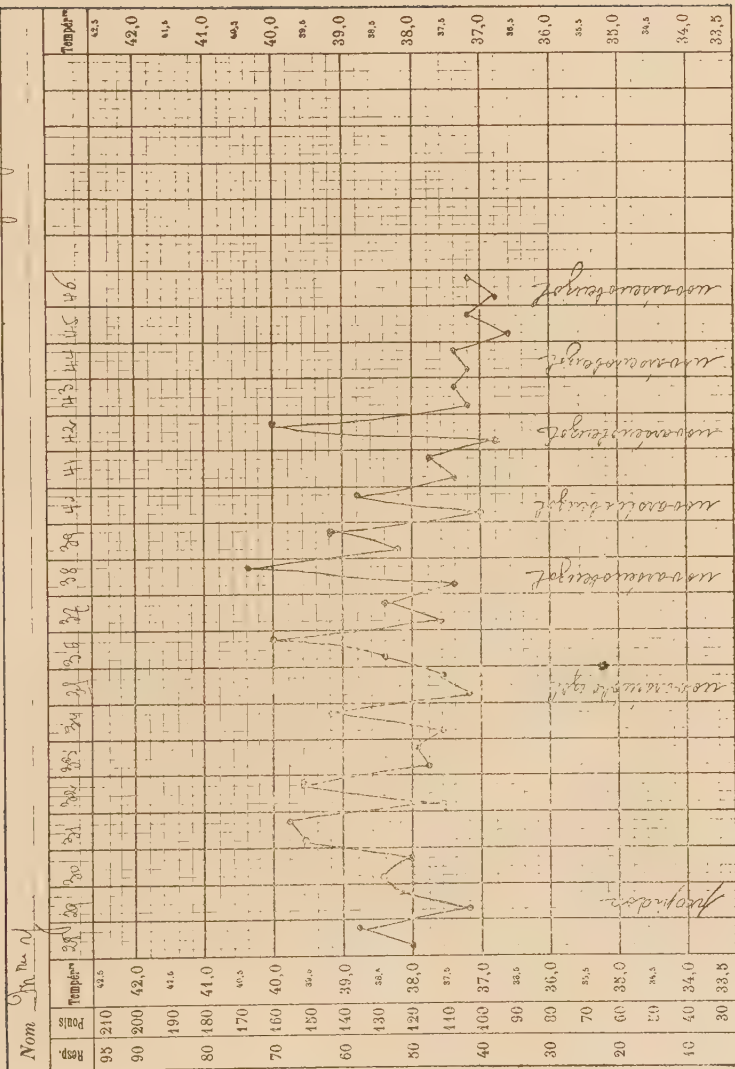
Observation VII de la thèse de Joanny :

Mme Y..., secondipare. Accouchement normal et délivrance normale le 20 mai 1923. L'infection débute le 22 et, le soir de ce jour, la température monte à 39°6 et va désormais présenter de grandes et irrégulières oscillations entre 37 et 40°8, chaque élévation notable de température étant accompagnée de frissons plus ou moins marqués. Il n'y a aucune localisation particulière. On a seulement pu constater pendant deux ou trois jours un peu de douleur à la palpation vers la corne utérine droite. Involution normale. Le 22 mai, on pratique une injection de 0 gr. 10 de septicémine, qu'on renouvelle le lendemain. Le 28, injection de 20 c. c. d'électrargol intraveineux ; le 29, injection de 1 c. c. de térébenthine sous la peau pour provoquer un abcès de fixation ; le 3 juin, nouvelle injection de térébenthine. La réaction locale est peu intense et le pus se forme très lentement. A partir du 5 juin et pendant quinze jours, une injecton intraveineuse quotidienne de Lantol ; le 14 juin, la température continuant à osciller entre 37°5 et 39°5, injection d'une ampoule de Propidon, répétée trois jours après. Aucune amélioration n'étant constatée, on décide d'appeler en consultation M. Bouffe de Saint-Blaise, qui constate l'absence de tous signes de localisation, un utérus normalement involué et qui prescrit le traitement au novarsénobenzol ; la première piqûre (0 gr. 15) est pratiquée le 23 juin, au trente-troisième jour du début des accidents infectieux, la deuxième (0 gr. 10) le 26 juin et ensuite de deux en deux jours (six au total). Après la première injecton, la courbe thermique semble dessiner des oscillations plus larges (entre 37 et 40). Après la quatrième, la température tombe et va désormais rester normale. La malade est guérie.

Salle Observation VIII Mare Janvier



Salle Observation VII Near Farm N° 100 II



Série 1 R. - 14 mars 80. N. 100. S. - 1000 - 50

Après la quatrième injection de 0 gr. 10 de novarsénobenzol, la température tombe définitivement et complètement. Cette observation est, par un hasard assez singulier avec celle de M. Dujol, la seule observation qui ne provienne pas de la Maternité de Saint-Antoine.

Notons l'absence de phénomènes locaux, l'inefficacité des autres thérapeutiques. Il est regrettable qu'aucun document ne nous permette d'établir la nature de cette infection. Il n'est pas parlé de l'enfant, aucune recherche sérologique n'a été faite ; une telle observation n'autorise aucune conclusion. Ultérieurement, en pareil cas, en présence d'une action manifeste du novarsénobenzol, nous soutenons qu'il importe d'établir une enquête extrêmement serrée pour savoir s'il ne s'est point agi d'une fièvre syphilitique du post-partum. On est d'autant plus conduit à ces conclusions que chez cette malade, à en juger par la courbe thermique, on était en présence d'une infection grave, de perturbations thermiques extrêmement marquées, et nous verrons qu'en pareil cas, l'arsénobenzol est loin d'être toujours aussi efficace si l'on en juge par les 6 cas d'infections puerpérales traitées par le néosalvarsan et terminées par la mort. (THÈSE, JOANNY.)

Ces 6 cas sont très sommairement étudiés par l'auteur. Deux des femmes traitées présentaient, dit Joanny, des localisations graves (péritonite et broncho-pneumonie) ; une troisième a reçu une seule injection de 914. Si l'on doit faire du 914 un agent de traitement de la fièvre puerpérale, il faut établir sa valeur surtout dans les cas sévères, dans les formes graves et non dans les nombreux cas d'infection beaucoup plus légère qui, nous

le savons, sont souvent spontanément résolutifs. Dire qu'une médication ne réussit pas dans les cas graves, c'est en fait la condamner, puisque ce sont les seuls où il serait vraiment utile de mettre en jeu une médication curative et les seuls sur lesquels la valeur d'une médication puisse être jugée. Nous considérons également comme sans valeur l'objection qu'une malade n'a reçu qu'une seule piqûre. On verra dans les deux observations que nous rapportons qu'une seule injection de 914 a suffi pour faire cesser une fièvre persistante et élevée. Il n'y a qu'à se rapporter à notre courbe thermique pour s'en convaincre.

Les essais de traitement dans l'infection post-abortive ne sont pas davantage concluants.

Citons ici la Thèse de Joanny, page 45 :

« Un nombre assez restreint d'infections puerpérales post-abortum ont reçu le traitement arsénical, qui a été surtout mis en œuvre dans les cas graves, lors de persistance ou de recrudescence des accidents infectieux après évacuation digitale, instrumentale et nettoyage de la cavité utérine sans localisation particulière.

« Il s'agit d'un total de 19 cas sur lequel on a noté 3 décès ».

Trois décès sur dix-neuf cas relatés, voilà un chiffre qui plaide médiocrement en faveur de la méthode ; l'un des décès serait vraisemblablement dû à une embolie. Les deux autres relèveraient de septicémie. Il serait bon d'avoir de plus amples détails, mais ces cas relèvent de la même remarque que nous formulons il y a un instant ; toute médication vraiment active d'une infection doit

être jugée par l'épreuve de cas graves et doit être condamnée si, à cette épreuve, elle se montre insuffisante.

Indépendamment de ses observations Joanny apporte, à l'appui de l'action du novarsénobenzol sur les fièvres puerpérales, une statistique qui prouverait la diminution de la mortalité par infection puerpérale depuis que le traitement novarsénobenzolique a été institué à la Maternité de Saint-Antoine.

Voici cette statistique :

1° Mortalité par infection puerpérale dans les suites de couches :

1920.....	0,48 %
1921.....	0,41 %
1922.....	0,27 %
1923.....	0,04 %

2° Pourcentage des cas de mort par rapport au nombre de femmes infectées :

1920.....	8,08 %
1921.....	4,57 %
1922.....	2,87 %
1923 (8 mois).....	0,50 %

Ce dernier argument a été critiqué par MM. Favre et Voron, en ces termes :

« Ces statistiques qui n'indiquent pas nettement le chiffre d'accouchements par année, constituent des indications trop sommaires et ne peuvent être retenues. La différence de pourcentage de mortalité entre 1921 et 1922 est, en effet, bien faible. Quant au seul chiffre intéres-

sant, celui de 1923 : 0,04 % nous en contestons la valeur, car il ne porte que sur les 8 premiers mois de l'année. Or, tous les accoucheurs savent quelles énormes différences on constate d'une année à l'autre dans les statistiques de mortalité d'un service, sous l'influence de facteurs épidémiologiques, climatologiques, de facteurs matériels aussi, tels que l'encombrement des maternités dans les années qui suivirent la guerre. Il est probable d'ailleurs qu'il existe encore d'autres facteurs qui nous échappent. Des différences de l'ordre de celles que signale Joanny peuvent se retrouver dans une même année ; c'est ainsi que dans les six premiers mois de 1923, à la Maternité de la Charité de Lyon, nous accusons une mortalité de 0,90 % qui est importante, mais, en revanche, dans les six derniers mois la mortalité est rigoureusement nulle, bien que les conditions de traitement n'aient pas changé ». (*Journal de Médecine de Lyon*, mars 1924, p. 122.)

Le second travail consacré à l'étude des résultats du traitement de l'infection puerpérale par le 914 est celui de Touchard qui contient 17 observations rapportées assez longuement et avec assez de détails pour que l'on puisse juger en connaissance de cause l'action du médicament.

Nous allons examiner ces observations.

La première est la plus intéressante. L'auteur insiste au cours de son travail sur les détails de ce cas clinique et sur son importance. Il s'agit d'ailleurs d'une fièvre du post-abortum. La malade accouche spontanément d'un fœtus de 2 mois $1/2$ et il y a là un élément dont on n'a pas tenu compte dans cette observation par ailleurs intéressante.

L'examen de la courbe thermique paraît plaider en faveur d'une action du 914, bien que cette action n'ait pas le caractère de rapidité, « d'instantanéité » des cas que nous rapportons.

Aucune recherche sérologique n'a été faite chez cette malade qui présentait une fausse couche spontanée et l'on conviendra cependant qu'en pareil cas la syphilis puisse être légitimement soupçonnée.

Dans l'observation II l'action du 914 est discutable : il s'agit d'une forme moyenne qui spontanément, nous l'avons dit, peut évoluer d'une façon tout à fait superposable à celle de la malade de cette observation.

Dans l'observation III, Touchard note lui-même que l'influence est peu nette.

Observation IV. On abandonne au cours du traitement les injections de 914 et l'auteur ajoute : « Ici le médicament ne peut empêcher les localisations infectieuses sur lesquelles il paraît sans effet ».

Observation V. Forme sévère. Le médicament ne peut agir (mort).

Observation VI. Forme moyenne, l'action médicamenteuse reste discutable. De même pour l'observation VII qui mérite la remarque faite à propos de l'observation II.

L'observation VIII mérite de retenir l'attention. Le traitement est suspendu au cours de la fièvre. Une phlébite, une escarre fessière se déclarent après son interruption. Touchard note ici l'action du médicament « qui fut peut-être un peu moins sensible, mais il faut noter l'existence d'une phlébite sur laquelle le 914 ne pouvait avoir d'influence ».

Qu'on nous permette ici une courte remarque. Pourquoi le 914 n'agirait-il pas sur les phlébites streptococciques post-puerpérales s'il agit vraiment sur le streptocoque ? La syphilis donne assez fréquemment des localisations veineuses. Elles sont tout aussi influençables par le traitement que les autres manifestations.

Si vraiment le novarsénobenzol pouvait modifier l'évolution des infections streptococciques, il devrait les modifier toutes sans distinction et l'on ne voit pas pourquoi certaines d'entre elles échapperaient à son action.

L'observation IX est celle d'une forme légère qui ne peut être retenue.

Observation X. « De cette observation, dit Touchard, on ne peut conclure que le traitement amène la guérison ».

Observation XI. L'action du médicament est plus sensible. Injecté à partir du 8 mars, il n'empêche pas la fièvre de se prolonger jusqu'au 3 avril.

Observation XII : a trait à une malade qui a fait des complications graves sur lesquelles le médicament n'a pas eu d'action et qui emportent la malade.

Les observations XIII et XIV sont également celles de formes moyennes.

Observation XV. Il s'agit d'une forme à localisations infectieuses « sur lesquelles le médicament ne peut agir. » Mort.

Observation XVI. Mort également : « Dans le cas présent, l'état de la femme était trop grave. Le novarsénobenzol fut injecté trop tardivement et il n'eut pas le temps d'agir ».

Observation XVII. L'action du médicament est résumée par Touchard qui dit : « Bonne influence du médicament sur la marche de l'infection. A noter en même temps l'action sur le psoriasis. Guérison ».

Il résulte de cette thèse que l'action du novarsénobenzol n'est nullement celle d'une médication constamment efficace. Touchard lui-même est très modéré dans ses conclusions : « Le novarsénobenzol, dit-il, donne des résultats satisfaisants ». Il constate que son action n'est pas constante et qu'on doit lui associer les autres moyens thérapeutiques habituellement utilisés dans l'infection puerpérale.

Bon nombre de courbes thermiques sont celles d'infections moyennes que l'on peut observer dans les services d'obstétrique avec la même durée et les mêmes perturbations thermiques qui se résolvent sans intervention thérapeutique.

Nous ne saurions insister assez sur ce fait surprenant, qui n'a nullement étonné Touchard, de l'absence de toute action du novarsénobenzol sur les diverses localisations que l'on peut observer chez les infectées puerpérales.

« Le novarsénobenzol ne peut agir dans ces cas, dit Touchard, il ne peut agir dans les formes trop sévères ». Il nous semble que c'est dresser contre l'action de ce médicament le meilleur des réquisitoires. Nous l'avons dit en analysant quelques-unes des observations : si le 914 est un médicament doué d'une action antiseptique réelle à l'encontre du streptocoque, pourquoi agit-il sur certaines des modalités de l'infection streptococcique et non pas sur les autres ? Pourquoi se montre-t-il sans action dans les cas graves ? s'il n'agit vraiment, et avec une

activité qui ne s'impose pas toujours, que dans les formes moyennes il reste donc une simple médication adjuvante, utile comme tant d'autres parmi celles qui ont été préconisées en pareil cas. Il ne constitue pas vraiment une grande conquête thérapeutique.

On peut dire, qu'en somme, dans la règle, dans la plupart des infections puerpérales qui reconnaissent pour cause l'infection microbienne à point de départ utérin et en particulier streptococcique, le 914 n'agit pas avec la rapidité, la constance, la netteté d'une médication spécifique. Si donc, dans certains cas de fièvre du post-partum, on voit, au contraire, la température céder pour ainsi dire instantanément, quelle que soit sa durée antérieure, à la thérapeutique novarsénobenzolique, c'est qu'il y a bien des chances pour que nous ne soyons pas en présence d'une septicémie puerpérale d'origine microbienne et que nous ayons affaire à une infection étiologiquement différente, à une forme particulière de l'infection puerpérale.

Recherches personnelles.

Nous n'avons pas personnellement traité beaucoup de fièvres septiques par le 914. Dans quelques cas, où nous avons employé cette médication alors qu'il s'agissait d'infections microbiennes, les résultats obtenus n'ont pas été différents de ceux que Joanny et Touchard rapportent dans leur thèse. M. Grivet, qui a bien voulu poursuivre ces essais dans le service de M. Voron, n'a obtenu dans

les formes ordinaires de l'infection puerpérale aucun résultat probant. L'action a paru le plus souvent très discutable, et nous rapportons d'ailleurs une série de tracés que nous aurions pu multiplier sans peine, et qui montrent d'une façon évidente que nombre de fièvres puerpérales évoluent spontanément comme ont évolué des cas que Joanny et Touchard croient avoir modifiés par le 914. On comparera ces tracés reproduits plus haut.

CHAPITRE IV

Arrivés au terme de cette étude clinique sur l'action du novarsénobenzol dans la fièvre puerpérale, nous pouvons en dégager un certain nombre de conclusions :

La première et la plus importante est que ce médicament n'agit pas dans tous les cas avec une constance, une efficacité qui imposent la certitude que la médication novarsénobenzolique est une médication spécifique de l'infection puerpérale. Les cas graves, tous les auteurs le reconnaissent, les cas compliqués échappent à son action. Il ne modifie pas certaines localisations de l'infection puerpérale qui accompagnent généralement les formes sévères (broncho-pneumonie, péritonites, phlébites). En récapitulant les cas où il a été employé, on peut les classer de la façon suivante :

I. — Un premier groupe concerne les infections légères dont le novarsénobenzol a paru modifier favorablement l'évolution, mais, nous l'avons dit, ces formes légères évoluent souvent sans aucun traitement, aussi favorablement et aussi rapidement que celles où on a institué le traitement arsenical.

II. — Dans un deuxième groupe de faits, l'infection est plus sévère ; alors, l'action du novarsénobenzol est discutable. Ainsi que le dit Touchard dans sa thèse, son action n'est pas absolument constante. A côté de cas qui semblent plaider en faveur de l'efficacité du médicament, il est d'autres cas qui démontrent que l'infection puerpérale n'a subi aucune influence de la médication novarsénobenzolique (voir les courbes).

Aucun travail n'a permis de recueillir la statistique d'observations établissant une action constante et indiscutable, dont la constatation autoriserait seule cette conclusion que le 914 est une médication active de l'infection puerpérale.

III. — Un troisième groupe comprend les formes compliquées ou graves (septicémies, pyohémies, péritonites). Nous avons vu que c'est surtout dans ce groupe de faits que la médication novarsénobenzolique se montre à l'évidence trop souvent inopérante soit contre les formes diffuses, soit contre les formes compliquées de localisations.

Dire du novarsénobenzol « qu'il n'a pas la prétention de vouloir empêcher les grosses complications de l'infection puerpérale » c'est au fond porter contre lui une accusation d'inefficacité que l'observation clinique impose.

IV. — Un quatrième groupe de faits comprend ceux où le novarsénobenzol agit sans contestation possible, d'une façon décisive, rapide. C'est le cas de nos deux observations fondamentales. C'est le cas d'une troisième

observation que nous avons pu recueillir dans le service de M. Plauchu, et que nous reproduisons ici :

OBSERVATION

M..., 25 ans, primipare.

Grossesse normale, sans incidents. Pas d'albuminurie. Rupture spontanée des membranes le 2 janvier, à 20 heures. Début du travail le 4 janvier, à 22 heures ; la tête est fixée en O I G A ; les douleurs sont normales comme rythme et intensité.

Le 6 janvier, à 8 heures, devant la prolongation du travail, les bruits du cœur restant normaux, on fait un toucher :

Immédiatement après avoir franchi l'orifice vulvaire, le doigt arrive sur la tête fœtale, en bas de l'excavation. Le col est dilaté à une petite paume de main, complètement effacé, mais ce qui frappe l'attention, c'est la réduction des dimensions de la cavité vaginale, presque complètement absente, réduite à un étroit couloir de dimensions très inférieures à une tête fœtale et dont la profondeur ne dépasse pas 2 ou 3 centimètres. Le col utérin semble s'aboucher presque directement à l'orifice vulvaire.

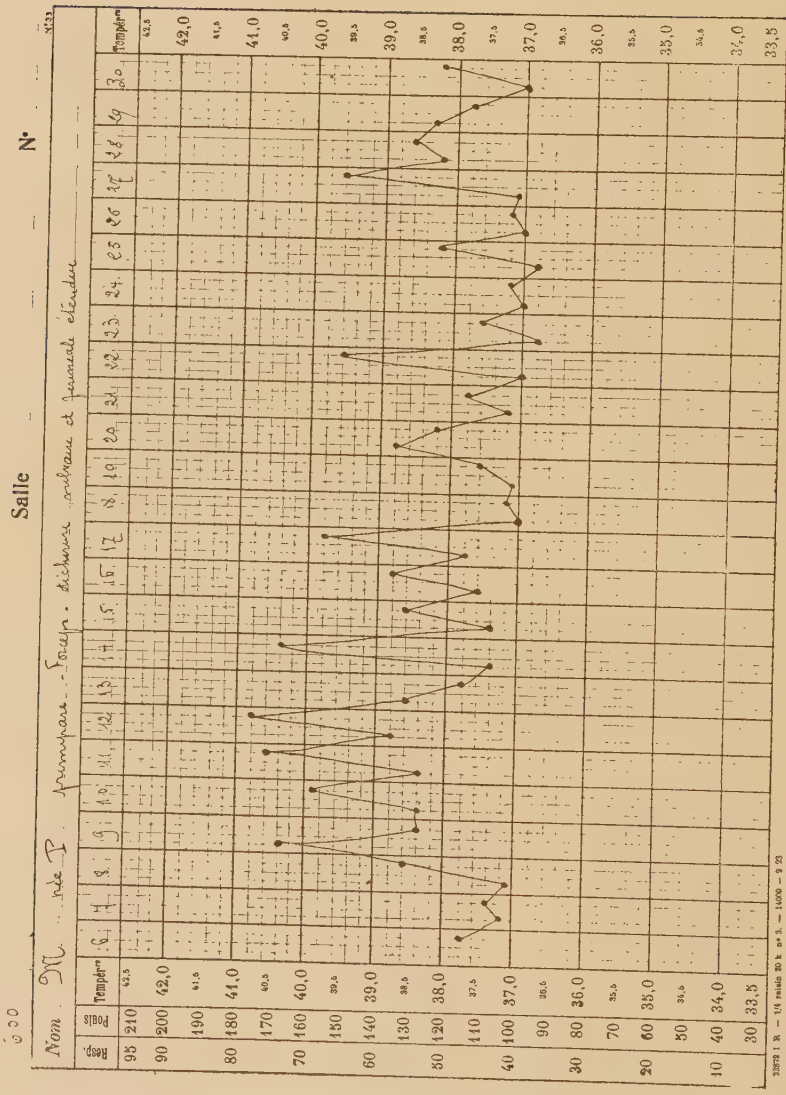
La malade interrogée dit qu'on lui avait déjà signalé cette absence congénitale du vagin. Etant donné l'arrêt de la progression fœtale, on fait une application de forceps en OIGA, on procède à l'extraction d'un garçon de 3.550 grammes, normalement constitué. Hémorragie. L'exploration montre une déchirure vaginale en V n'intéressant pas le segment inférieur ni le col utérin, déchirure périnéale n'intéressant pas le sphincter anal.

Suites de couches. — Au troisième jour, ascension de la courbe thermique à 38°5. Le lendemain soir, les lochies sont légèrement brunâtres et odorantes. Accélération du pouls moyenne. Purgation. Lavages vaginaux.

Au septième jour, la température, qui avait oscillé régulièrement entre 38°5 et 39, retombe à 37°8 le soir, 37°3 le lendemain. Le pouls est cependant toujours un peu accéléré. La température remonte le lendemain à 40° avec frisson. Absès de fixation.

La phase d'infection généralisée se développe alors avec une température régulière. L'abcès prend, mais se localise lentement,

feuille n° 1
3550
000

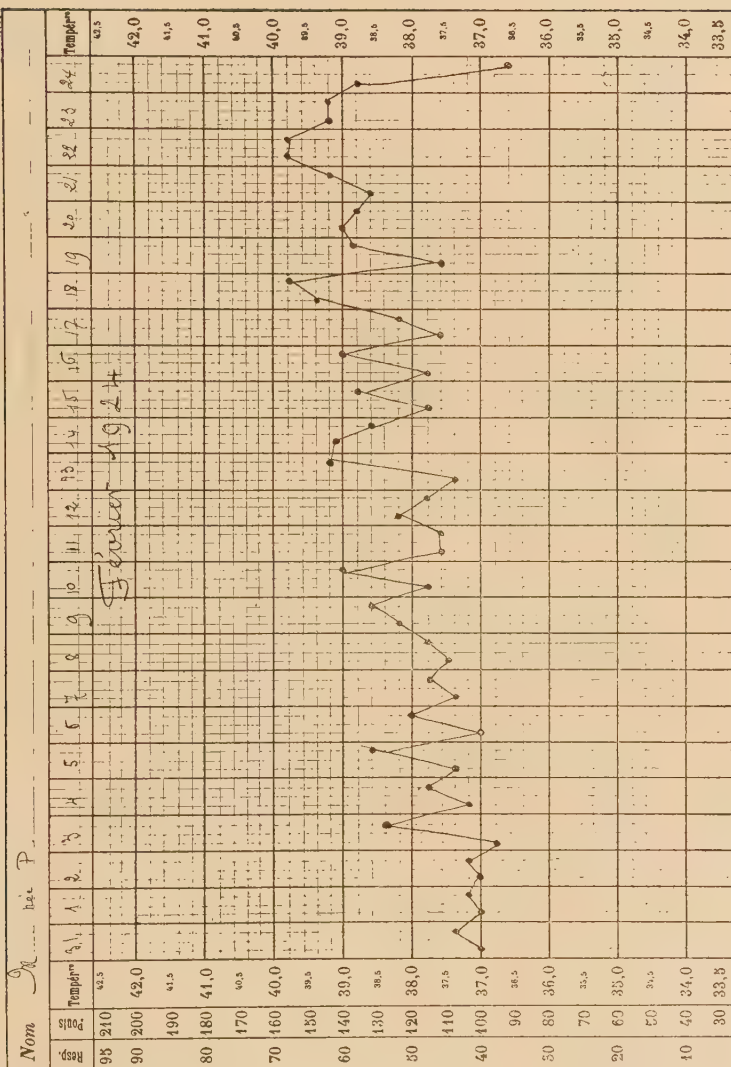


feuille n° 2

Salle

N°

N° 23



EXPER. I R. — 1/4 mètre 20 h. 40.5 — 1400 — 6.23

Au début de février, chute de température, qui remonte autour de 38° au bout de trois jours. Le 6 février, la malade signale une légère douleur à la partie postérieure du mollet gauche, bientôt suivie d'œdème blanc, dur, qui va envahir, dans les jours qui suivent, le membre inférieur gauche.

Le 11 février, douleur au niveau du mollet droit, puis développement d'une phlébite typique du membre inférieur droit. Immobilisation en gouttière. La température reste élevée, irrégulière, avec frissons quotidiens. Chute thermique le 27 février et réascension presque immédiate le 1^{er} mars. On assiste alors à la formation d'un infarctus pulmonaire, très net, avec point de côté, râles crépitants et expectoration légèrement sanguinolente. Le 5 février, injection de néo : 0 gr. 15.

Persistence de température, atténuation progressive des signes pulmonaires.

Le 11 février, injection de néo, 0 gr. 30. La température tombe à 38°.

Le 12, T : 37°. Ouverture de l'abcès, issue de pus abondant
T : 37°5.

Dans les jours suivants, T. reste à 37°. Amélioration rapide. Régression des œdèmes. Etat général excellent, reprise rapide de la marche.

Examen sérologique : Wassermann faiblement positif.

« Chez une telle malade, on ne peut pas affirmer l'existence de la syphilis, n'ayant pas trouvé des signes indubitables de l'infection, et la réaction de Wassermann s'étant montrée faiblement positive. On peut seulement dire que la spécificité est possible. Il est bien certain que de telles malades devraient être longuement interrogées et examinées et suivies après leur sortie de l'hôpital. Celle-ci nous a malheureusement échappé, et nous n'avons plus eu aucun renseignement sur elle depuis sa sortie de l'Hôtel-Dieu. »

Dans ces trois cas, la fièvre prolongée, qu'aucune thérapeutique n'avait modifiée, cède dès que le 914 intervient.

Il est donc établi que le 914 guérit certaines fièvres du post-partum, aussi rapidement qu'une thérapeutique quinique intensive guérit une fièvre palustre ou qu'une cure arsenicale réduit une fièvre relevant du tréponème. Pourquoi cette différence ? Pourquoi le même médicament a-t-il là une action incertaine et discutable, ici une évidente vertu ? Il n'y a qu'une explication à ce paradoxe : elle tient dans la nature différente des fièvres.

Dans deux de nos observations, les malades étaient des syphilitiques. Dans la troisième, la syphilis est possible, mais nous ne pouvons l'affirmer catégoriquement. Il n'en reste pas moins que dans deux cas, chez deux accouchées syphilitiques, le novarsénobenzol a guéri la fièvre aussi complètement, aussi miraculeusement qu'il guérit les fièvres syphilitiques. Il n'a pas agi dans ce cas sur l'élément streptococcique. Nous avons vu qu'à l'égard du streptocoque, son action est incertaine et précaire, il n'existait d'ailleurs chez deux de nos malades aucun symptôme local pouvant faire penser à la persistance d'une infection utérine.

Si le 914 agit sur des fièvres évoluant après l'accouchement chez des syphilitiques et les a guéries miraculeusement, c'est qu'il s'agissait en réalité de fièvres syphilitiques chez des puerpérales.

De tels faits imposent la conclusion que la fièvre puerpérale n'est pas une du point de vue étiologique et que les fièvres qui évoluent après l'accouchement sont loin

d'appartenir toutes au groupe d'infections causées par le streptocoque, il en est qui sont certainement dues au tréponème. Le novarsénobenzol sert ici de pierre de touche, et nous oserions dire que l'on peut diviser, au point de vue de son action, les fièvres puerpérales en deux groupes : celles qui ne réagissent pas ou réagissent d'une façon inconstante, discutable à son action : fièvres puerpérales arséno-résistantes et celles qui réagissent d'une façon rapide et décisive : fièvres arséno-sensibles.

Parmi les fièvres arséno-sensibles, et au premier rang se placent les fièvres syphilitiques du post-partum. Est-il possible que d'autres infections puerpérales à microbes anaérobies, à spirilles (¹), puissent être influencées d'une façon aussi rapide, aussi évidente que les fièvres syphilitiques ? En d'autres termes, toute fièvre puerpérale qui guérit immédiatement par l'arsénobenzol après avoir résisté à toutes les thérapeutiques impose-t-elle avec certitude le diagnostic de fièvre syphilitique ? Nous n'oserions l'affirmer. C'est à des recherches ultérieures de résoudre ce problème. Ce n'est déjà pas un fait négligeable que celui de savoir que nous possédons un moyen de traiter les fièvres du post-partum, d'en faire l'épreuve et de les classer suivant l'action qu'exerce sur elles une médication qui, dans certains cas, est souverainement efficace.

Conclusions.

I. — Les documents abondent sur la question de l'influence exercée par la syphilis sur la grossesse et son évolution (interruption de la grossesse, mortalité fœtale, etc.)

On ne possède, par contre, que très peu de documents touchant la répercussion que peuvent avoir sur la marche d'une syphilis la grossesse et l'état puerpéral.

On sait que pour certaines affections, la tuberculose en particulier, l'action de ces facteurs physiologiques, que sont la grossesse et l'état puerpéral, se marque avec une très grande et très redoutable netteté. Si, le plus souvent, la gravidité et l'état puerpéral ne paraissent pas modifier d'une façon sensible la marche de la syphilis, si l'on a pu même soutenir que les grossesses multiples pouvaient atténuer la gravité de cette infection, bien que cette hypothèse soit discutable, il est par contre des cas cliniques qui prouvent d'une façon certaine que la syphilis peut recevoir de la grossesse une véritable activation. Nous rapportons une observation de syphilis cachectisante, ganglionnaire, fébrile dont la grossesse peut seule expliquer la marche rapide et la gravité.

II. — Au nombre des réactions par lesquelles l'action activante de la grossesse sur la syphilis peut se manifester, il faut signaler la fièvre.

C'est elle que nous avons surtout étudiée. Nous rapportons deux observations de syphilis fébrile qui ont évolué dans les jours qui suivirent l'accouchement chez deux jeunes femmes qui guérissent instantanément après traitement par le novarsénobenzol, alors que la fièvre avait résisté à toutes les thérapeutiques antérieures. Les fièvres observées chez ces malades présentent tous les caractères des perturbations thermiques dont les recherches récentes ont montré la fréquence à toutes les périodes de la syphilis, et au cours de ses diverses manifestations.

III. — Les fièvres syphilitiques du post-partum peuvent être confondues avec les fièvres septiques puerpérales dues à l'infection microbienne. On a soutenu que le novarsénobenzol exerçait une influence favorable sur ces dernières fièvres et tout particulièrement sur les infections puerpérales d'origine streptococcique.

L'étude attentive des observations rapportées en faveur de cette thèse, comme aussi nos observations personnelles, ne peuvent établir la notion d'une action constante, indiscutable du 914 sur les fièvres septiques du post-partum.

Si cette action est parfois sensible, « utile » (Touchard), elle n'est jamais décisive; elle ne modifie pas les formes très sévères de l'infection et se montre impuissante contre ses complications (Touchard, Joanny).

IV. — Les cas où la médication arsénicale agit d'une façon décisive et pour ainsi dire instantanée sur les fièvres du post-partum paraissent relever d'autres facteurs étiologiques que l'infection microbienne. De ces facteurs, il en est un que nous pouvons affirmer, c'est le facteur syphilitique.

Toutes les fièvres du post-partum sur lesquelles le novarsénobenzol exerce cette action décisive sont-elles syphilitiques ? Nous ne pouvons actuellement l'affirmer, mais nous possédons dans la réaction de ce médicament à l'encontre du groupe des fièvres du post-partum une véritable pierre de touche qui permet d'en distinguer la nature.

Par ce test thérapeutique, véritable traitement d'épreuve, il est désormais possible de reconnaître, dans le groupe des fièvres des suites de couches, des infections qui relèvent d'autres facteurs étiologiques que l'atteinte microbienne septique, et en particulier streptococcique. L'étiologie syphilitique est, pour quelques-unes de ces fièvres, établie désormais sur un ensemble de solides documents.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
COMMANDEUR

Vu :

LE DOYEN,
JEAN LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 4 Juin 1924

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
CAVALIER.

Bibliographie.

Le sujet que nous traitons comporte une bibliographie réduite. Nous n'y ferons pas rentrer les très nombreux travaux qui ont paru sur les fièvres syphilitiques en général. On en trouvera la nomenclature dans les thèses consacrées à ce sujet, en particulier dans celle de L. Michel.

Nous nous bornerons à ce qui fait plus particulièrement l'objet de notre travail, c'est-à-dire aux publications qui traitent de l'action exercée par la grossesse sur l'évolution de la syphilis.

FOURNIER. — Leçons cliniques sur la syphilis, en particulier chez la femme.

VINAY. — Traité des maladies de la grossesse et des suites de couches.

DUJOL. — Infection puerpérale à forme pyohémique chez une syphilitique guérie par le traitement spécifique. (*Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, Lyon, 6 mars 1922).

FAVRE (M.) et CONTAMIN (N.). — Remarques cliniques à propos de quelques cas de syphilis fébrile. (*Journal de Médecine de Lyon*, 20 mai 1923).

VORON, FAVRE (M.) et GRIVET. — Les fièvres syphilitiques du post-partum. Fièvres puerpérales et arsénobenzol (*Journal de Médecine de Lyon*, 5 mars 1924).

MICHEL (L.). — Contribution à l'étude des fièvres syphilitiques. Formes cliniques. Importance pratique. (*Thèse*, Lyon 1922-1923.)

VIGNE. — Les accidents de la gestation et de l'accouchement chez la femme syphilitique. (*Paris Médical*, mars 1924.)

JOANNY (J.). — Contribution à l'étude du traitement de l'infection puerpérale. — Une méthode de thérapeutique générale par le novarsénobenzol. (*Thèse*, Paris, 1923).

TOUCHARD (P.). — Du traitement de l'Infection puerpérale par le novarsénobenzol. (*Thèse*, Paris 1923.)

MARBAIS. — *Congrès de la fièvre puerpérale*. Strasbourg 1923.

BLOCH. — La fièvre prolongée unique symptôme révélateur des syphilis anciennes méconnues (*Presse Médicale*, mai 1924)..

Table des Matières

Introduction.	9
Chapitre I. — Observations.	13
Chapitre II. — Etat puerpéral et syphilis fébrile.	25
Chapitre III. — Fièvres puerpérales et Arsénobenzol	47
I. Action du 914 sur les germes pathogènes in vitro.	49
II. Action du 914 dans les affections médicales.	51
III. Action du 914 dans les affections chirurgicales	53
IV. Action du 914 dans les affections puerpérales.	55
Recherches personnelles	81
Chapitre IV.	83
Conclusions.	93
Bibliographie	97
